

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

127

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Février 1908, à 1 heure

PAR

F. LAMY

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers
Ancien prosecteur à l'Ecole de Médecine
Lauréat de l'Ecole de Médecine d'Angers

LES

OCCLUSIONS INTESTINALES MÉCANIQUES

D'Origine Appendiculaire

Président : M. POZZI, professeur

Juges { MM. MAYGRIER, agrégé
RICARD, agrégé
GLEY, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908

127

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Février 1908, à 1 heure

PAR

F. LAMY

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers
Ancien prosecteur à l'Ecole de Médecine
Lauréat de l'Ecole de Médecine d'Angers

LES

OCCLUSIONS INTESTINALES MÉCANIQUES

D'Origine Appendiculaire

Président : M. POZZI, professeur
Juges { MM. MAYGRIER, agrégé
RICARD, agrégé
GLEY, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et Chimie générale.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....

Pathologie médicale..... }

Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale..... }

Maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale..... }

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements..... }

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....

M. LANDOUZY
MM.

NICOLAS
CH. RICHET
GARIEL
GAUTIER
BLANCHARD
BOUCHARD
BRISSAUD
DEJERINE
LANNELONGUE
PIERRE MARIE
PRENANT
QUENU
POUCHET
GILBERT
CHANTEMESSE
THOINOT
GILBERT BALLET
ROGER
HAYEM
DIEULAFOY
DEBOVE
LANDOUZY
HUTINEL

JOFFROY
GAUCHER
RAYMOND
LE DENTU
BERGER
RECLUS
SEGOND

DE LAPERSONNE
ALBARRAN
PINARD
BAR
POZZI
KIRMISSON
ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY
BALTHAZARD
BRANCA
BEZANCON (FER.)
BRINDÉAU
BROCA (ANDRÉ)
BRUMPT
CARNOT
CASTAIGNE
CLAUDE
COUVELAIRE

CUNEO
DEMELIN
DESGREZ
DUVAL (PIERRE)
GOSSET
GOUGET
JEANNIN
JEANSELME
JOUSSET (ANDRÉ)
LABBE (MARCEL)
LANGLOIS

LAUNOIS
LECENE
LEGREY
LENORMANT
LÉPER
MACAIGNE
MAILLARD
MARION
MORESTIN
MULON
NICLOUX

NOBECOURT
OMBREDANNE
POTOCKI
PROUST
RENON
RICHAUD
RIEFFEL, chef
des travaux anat.
SICARD
ZIMMERN

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR CADY

Chevalier de Saint-Grégoire-le-Grand

*En souvenir ému de ses nobles
exemples.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Fidèle souvenir.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

Hommage de ma profonde reconnaissance.

A MA FIANCÉE

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*En souvenir de nos charmantes
relations et des heureuses an-
nées passées ensemble à l'Hô-
tel-Dieu d'Angers.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. MARTIN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES

Occlusions Intestinales Mécaniques

D'Origine Appendiculaire

AVANT-PROPOS

Avant de commencer l'exposé de notre thèse, qui va terminer le cours de nos études médicales, nous voulons nous acquitter d'un devoir de reconnaissance envers ceux près desquels nous avons été à même d'apprendre « l'art, si difficile, de guérir ».

Nous adressons donc ici nos plus sincères remerciements pour leur enseignement dévoué, à tous nos Maîtres de l'Ecole et de l'Hôtel-Dieu d'Angers ; MM. Legludic, Directeur, Brin, Papin, Tesson, Turlais, Mareau, Sarrazin, Allanic, Tabuteau, Thézée, Cocard, Maugourd, Charrier, Roguet, Royer, Launay, Dénécheau.

Que MM. les Professeurs de clinique Monprofit, Boquel et Motais et M. le D. Thibault, dont nous avons eu

l'honneur et le plaisir d'être l'interne, veuillent bien agréer l'expression de notre profonde gratitude pour leurs leçons cliniques si claires et si précises et pour la bienveillante sympathie qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant notre internat

Nous devons un hommage tout particulier de reconnaissance à M. le Dr Charles Martin, d'Angers : Il présida à nos débuts, nous guida au prosectorat et ne cessa de nous prodiguer ses encourageants conseils. C'est à son obligeance que nous sommes redevable des observations qui ont inspiré le sujet de notre thèse. Nous sommes donc heureux de remercier publiquement aujourd'hui le maître en qui nous avons pu apprécier la sympathique bienveillance de l'homme, autant que la science du professeur et l'habileté du chirurgien.

M. le professeur Pozzi nous fait le grand honneur de présider notre thèse ; qu'il veuille bien accepter nos sentiments de profonde gratitude.

INTRODUCTION

Presque tous les travaux parus sur l'appendicite ont sur tout étudié les modalités cliniques des crises appendiculaires et l'on semble s'être moins occupé de ses conséquences tardives, d'autant plus que ces complications de l'appendicite sont plutôt rares par rapport à la fréquence de cette maladie. Tout n'est certes pas dit pourtant sur ces conséquences plus ou moins lointaines.

On ne s'en étonnera pas si l'on songe qu'à la suite d'une crise appendiculaire, le péritoine, le foie, l'intestin, tous les organes que contient l'abdomen et même tous les appareils peuvent être l'un ou l'autre, ou plusieurs à la fois, plus ou moins atteints.

Une de ces complications les plus graves et les plus redoutables est l'occlusion intestinale vraie, c'est-à-dire de cause mécanique, dont l'inflammation de l'appendice est l'origine récente ou éloignée.

Sur 175 cas d'appendicite observés en neuf ans par M. Martin, j'ai relevé 8 cas d'occlusion aiguë ou chronique.

Si la littérature médicale est assez pauvre d'observations de ce genre c'est que l'appendicite n'étant connue que depuis peu de temps, dans beaucoup d'occlusions, la relation de

cause à effet n'a pu être établie ; de plus, comme le dit Broca dans l'une de ses cliniques : « Dans les cas d'occlusions intestinales que l'on opère, il faut agir vite pour sauver la vie du malade ; on ne peut donc se livrer à des recherches anatomo-pathologiques sur le vivant qui compromettraient gravement le résultat. »

Combien d'occlusions intestinales d'origine appendiculaire ont été ainsi opérées, sans qu'on ait pu établir le lien étiologique ? Et Broca ajoute : « Quand j'étais chirurgien du Bureau central et que, convoqué dans les cas d'urgence, j'opérais de nombreuses occlusions intestinales aiguës, j'avais acquis la notion que, pour aller vite, et trouver la pie au nid, il fallait envoyer la main dans les fosses iliaques, car là était le siège le plus fréquent ; et j'ai été frappé de la fréquence relative des brides vers la fosse iliaque droite. »

C'est pourquoi, avant de connaître l'appendicite comme entité morbide et par suite les lésions qu'elle peut produire on attribua néanmoins 16 fois à l'appendice iléo-cæcal la cause de l'étranglement sur 518 cas d'occlusions relevées dans une statistique présentée par Duchaussoy à l'Académie de Médecine en 1859.

Il est vrai qu'on mettait le vermium seul en jeu comme agent d'étranglement : pour produire l'occlusion, il lui fallait deux conditions nécessaires suivant Parise qui discutait ce sujet dans une communication à la Société de Médecine en 1850. Il faut : « 1° que le diverticule soit assez long pour se nouer autour de l'intestin ; 2° que son extrémité soit assez large pour se dilater en ampoule et maintenir la fixité du nœud. Cette ampoule fait l'office d'un bou-

lon, ou mieux, un nœud solide que l'on fait sur l'un des chefs d'un nœud coulant pour en assurer la solidité ». Ce qu'il ignorait, ainsi que les anciens, c'est que cette ampoule terminale, comme nous le verrons, n'est pas nécessaire et qu'elle est le plus souvent remplacée, avantageusement, par des adhérences résultats fréquents d'une péritonite péri-appendiculaire.

Il faut arriver à la thèse de Coriveaud en 1873 pour trouver la relation de deux nouvelles observations d'étranglement par l'appendice iléo-cæcal. Vingt ans après, en 1893, Chognon apporte dix nouvelles observations les seules qu'il ait trouvées publiées dans ce laps de temps considérable. Enfin, ce n'est guère que depuis 1898 surtout que l'attention a été attirée sur ce sujet par les communications d'Albarran et Caussade, de Walther, de Bouglé, de Marion, de Cestan, de Broca, les thèses de Blanc, Coittier, Vignard ; puis, plus tard les observations de Mordret, de Potherat et les thèses de Carayon, de Folliot et de Grouew.

Dans ce dernier travail sont colligées les occlusions paralytiques dues à la péritonite appendiculaire et des occlusions attribuées à un spasme réflexe.

Nous les laisserons de côté dans notre thèse, les considérant comme des pseudo-occlusions qui ne sont point une complication proprement dite de l'appendicite, mais plutôt une forme de la maladie. Nous n'aurons en vue que les occlusions vraies, survenant pendant la crise appendiculaire ou à une période plus ou moins éloignée et due à des accidents purement mécaniques : soit à l'appendice lui-même, soit à des adhérences ou brides ; à l'épiploon ou à

des abcès, reliquats d'une affection récente ou ancienne, mais sûrement d'origine appendiculaire.

Souvent cette confusion a été faite entre les occlusions vraies et les pseudo-occlusions : c'est ainsi que sur 5 observations publiées en 1901 dans la *Gazette des Hôpitaux*, par Cestan, 4 sont des pseudo-occlusions dues à la péritonite appendiculaire et 1 seule, la dernière, qu'il constate comme « curieuse » et rare, est une véritable occlusion produite par des adhérences inflammatoires.

Sur les 47 cas d'occlusions vraies d'origine appendiculaire relevés jusqu'en 1905 dans la littérature médicale par Folliot, nous ne trouvons signalés que 5 ou 6 malades ayant guéri, soit moins de 13 0/0 de guérison : cette constatation est suffisante pour nous prouver la gravité de cette complication.

Depuis les résultats ont été plus favorables ; c'est ainsi que dans les 8 observations, recueillies par nous chez le Dr Martin, nous trouvons 6 guérisons pour 2 morts dont une est due à une intervention faite trop tardivement. Nous sommes convaincu que les résultats, aujourd'hui déjà bien supérieurs, ne pourront que s'améliorer encore par une précision plus grande du diagnostic. Car, dans la plupart des cas, il s'agit simplement de lever une bride constituée soit par une adhérence, soit par l'épiploon, soit par l'appendice lui-même. Un diagnostic sûr et hâtif peut donc sauver le plus grand nombre de ces malades. Les travaux sur ce sujet ont dès lors le mérite de poser l'interrogation dans l'esprit du chirurgien et d'orienter efficacement ses recherches.

L'étude de nos observations inédites ainsi que de celles

trouvées au cours de nos recherches bibliographiques montre combien sont variées les modalités cliniques ainsi que les obstacles mécaniques de ces occlusions post-appendiculaires.

Les renseignements que nous avons trouvés épars dans les publications, les travaux, les études, les monographies faites sur cette complication de l'appendicite, enfin nos observations personnelles nous permettent d'essayer une revue de la question à laquelle, chemin faisant, nous pourrions ajouter quelques considérations nouvelles, quelques aperçus originaux mis récemment à l'ordre du jour et non parfaitement étudiés, ni connus, tels que la péricolite, pouvant entrer dans le plan de notre sujet.

Nous étudierons dans un premier chapitre la pathogénie de l'occlusion intestinale vraie survenant au cours d'une appendicite aiguë, ou bien consécutive à une ou plusieurs crises appendiculaires passées, ou à l'appendicite chronique.

Dans le chapitre II nous parlerons de l'évolution clinique de ces occlusions, suivant le mode aigu ou le mode chronique.

Nous ferons le diagnostic de ces occlusions, de leur siège et de leur nature dans le chapitre III.

Le chapitre IV sera réservé au traitement.

Nous terminerons par les conclusions. Nous les ferons suivre d'un index bibliographique, aussi complet que possible.

CHAPITRE PREMIER

Etude anatomo-pathologique

I. — L'APPENDICE SAIN PEUT-IL DEVENIR UN AGENT D'OCCLUSION INTESTINALE

Comme nous l'avons vu, Parise, faisant abstraction de toute inflammation ancienne ou récente de l'appendice, admet qu'il peut amener l'étranglement de l'intestin en faisant un nœud autour de lui moyennant deux conditions : il faut que l'appendice soit très long et qu'il soit terminé par un renflement, une ampoule élargissant son extrémité libre.

Anatomiquement, la première condition est réalisable puisque Poirier signale des appendices qui, au lieu de 9 centimètres de longueur moyenne et ordinaire avec des variations dans les limites de 6 à 12 centimètres pour les appendices normaux, atteignent quelquefois 20 centimètres (Gegenbaur), 21 (Ribbert), 22 (Cruveilhier), 23 (Luschka), 24 (Georgieff) ; et Béra relate qu'Emerson Brewer trouva un appendice mesurant 11 pouces, soit plus de 25 centimètres.

La seconde condition exige un renflement terminal dont il n'est pas question dans les traités d'anatomie, même à l'état de rareté.

« L'appendice cæcal revêt la forme d'un petit tube cylindrique presque toujours flexueux, que l'on a comparé à un ver de terre d'où son autre nom d'appendice vermiculaire », dit Testut.

Sans nier la possibilité anatomique du fait, on pourrait admettre de plus qu'un corps étranger dur, un noyau de fruit par exemple, logé dans le cul-de-sac appendiculaire, retenu là et grossi par les apports muqueux incessants concrétés des glandes folliculaires, distende peu à peu les parois du vermium, sans processus inflammatoire cependant et produise ainsi l'ampoule terminale requise pour maintenir solide le nœud formé par un appendice suffisamment long.

Nous voyons de suite combien doit être rare ce renflement exigé par Parise pour la fixité du nœud et que nous admettons comme nécessaire avec lui ; car, l'appendice sain, recouvert par conséquent d'une séreuse polie et glissante ne formera pas un nœud capable de résister à la distension produite par les parois de l'intestin au passage des matières et des gaz, et dont la poussée est d'autant plus énergique qu'il se révolte toujours contre tout obstacle mécanique s'opposant au libre cours de son contenu. Le nœud formé par un appendice suffisamment long se défera forcément si rien ne l'empêche de glisser, soit un renflement ou soit alors des adhérences. Nous remarquons tout de suite que dans ce dernier cas il n'est plus dès lors question d'appendice sain, puisque les adhérences qui fixeraient l'organe sont une preuve d'une inflammation tant minime soit-elle, mais suffisante pour qu'on ne soit plus dans le cas d'appendice sain.

Nous pouvons dès lors conclure : Puisque la première condition est une rareté, que la seconde l'est plus encore, même en admettant notre supposition ; que, par suite la réunion de ces deux conditions absolument nécessaire pour qu'il y ait étranglement soit encore plus rare chez un même sujet ; la possibilité d'une occlusion par un appendice sain ne doit être presque jamais réalisée, même s'il était possible à un appendice de longueur normale, aux limites extrêmes des longueurs presque toujours trouvées, c'est-à-dire 10 ou 12 centimètres, de faire un nœud autour d'un intestin grêle au diamètre le plus petit (1 centimètre et demi) fût-il même aplati au moment où l'enroulement et le nœud se seraient produits.

Pourtant Folliot cite cinq observations dans lesquelles, selon lui, l'étranglement est produit par l'appendice sain et libre de toute adhérence.

Nous allons les citer en les résumant, et la critique nous montrera que l'appendice, agent d'occlusion, a subi un processus inflammatoire qui l'a rendu adhérent.

Trois sont empruntées à Duchaussoy, donc antérieures à 1859, époque où l'appendicite et ses méfaits n'étaient sûrement pas connus, et les deux autres en 1872, où on ne les connaissait pas plus malgré les quelques travaux publiés.

OBSERVATION I (*Résumée*)

(*In* Statistique Duchaussoy.)

Pascal R..., soixante-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 9 mars 1819 dans le service du D^r Mortier. Tous les symptômes de l'iléus. Mort le 13 mars, quatre jours après l'entrée.

Autopsie. — Tout l'intestin est rouge, « recouvert d'une couche albumineuse non encore organisée. Les huit derniers pouces de l'intestin formaient une anse dont la convexité regardait en bas et qui était fortement étranglée par l'appendice cæcal. Cet appendice passait d'abord au-devant de l'extrémité supérieure de l'anse, se continuait ensuite en arrière et revenait enfin au devant, en passant au-dessous de sa terminaison grêle dans le cæcum et en-dessus de l'endroit où l'appendice naît de cet intestin de manière à former un nœud complet.

« L'extrémité libre de l'appendice se trouvait elle-même fortement étranglée et enflammée, avait le volume d'une noix, et ressemblait à une portion d'intestin grêle au point qu'il me fut impossible de le reconnaître. En examinant de plus près cette extrémité renflée, je m'aperçus que, dans un point, la membrane séreuse et la musculieuse étaient rompues et que la muqueuse, restée intacte, faisait légèrement hernie. Cette muqueuse elle-même se rompit par une faible pression, et il sortit de l'extrémité tuméfiée de l'appendice une matière gélatineuse, liée, assez consistante et parfaitement semblable, pour la couleur, à de la gelée de groseille. Dès que cette matière fut échappée, l'extrémité s'affaissa et le nœud, que formait l'appendice, n'étant plus retenu par le renflement de son extrémité, se défit de lui-même. C'est alors seulement que l'on reconnut bien la disposition des parties qui était telle qu'elle vient d'être décrite.

« L'étranglement était formé immédiatement par le mésentère de l'appendice qui, étant plus court que l'appendice lui-même, serrait très fortement l'anse de l'intestin grêle. Aussi cette anse

était-elle noire et affaissée sur elle-même. Le cul-de-sac du cæcum était effacé par le tiraillement que lui avait fait éprouver l'appendice. »

OBSERVATION II (*Résumée*)

(Raimbert. — *In* Statistique Duchaussoy.)

Trois anses d'iléon de couleur noire sont étranglées par l'appendice iléo-cæcal qui s'est relevé et porté de haut en bas et de gauche à droite, pour revenir de droite à gauche, où son extrémité grosse comme le pouce, rougeâtre et distendue par du mucus, vient faire saillie entre les anses intestinales ; la constriction est très forte et il faut couper l'appendice. La maladie avait duré trois jours.

OBSERVATION III (*Résumée*)

(Mourel. — *In* Statistique Duchaussoy.)

Une anse d'iléon est étranglée par l'appendice vermiforme contourné en anneau ; son extrémité libre passant d'abord par dessous, puis de dehors en dedans par-dessus la portion étranglée et venant former avec l'extrémité adhérente un nœud si parfait qu'on aurait peine à l'imiter sur le vivant. Longueur de l'intestin étranglé : 10 pouces ; durée de la maladie : huit jours.

Les symptômes avaient débuté douze jours après un accouchement normal et on avait pensé à une péritonite puerpérale.

OBSERVATION IV (*Résumée*)

(Benett. — *In* thèse Chognon.)

L'appendice vermiforme va adhérer à un kyste de l'ovaire droit, mais, avant de l'atteindre, il forme un lien autour de la

partie supérieure de l'iléon et du commencement du côlon ascendant. La constriction n'est pas égale pour ces deux intestins, car l'iléon, entre le point étranglé et le commencement du côlon, était rempli de fèces liquides. L'intestin était au contraire vide au-dessous de l'étranglement du côlon qui paraissait imperméable.

OBSERVATION V (*Résumée*)

(*In thèse Corivaud.*)

Clarisse J..., vingt ans, entre à l'hôpital le 7 avril 1872. Diagnostic : occlusion intestinale. Mort le 13 avril.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate une tuméfaction considérable avec météorisme de l'estomac et d'une grande partie de l'intestin grêle ; une autre partie est au contraire affaissée, revenue sur elle-même et présente une coloration lie de vin assez intense. Certains endroits sont poisseux au toucher ; quatre ou cinq anses intestinales placées à peu près au centre de la cavité abdominale et que contourne l'appendice iléo-cæcal, commencent à s'agglutiner entre elles, mais se laisse facilement décoller.

En cherchant dans la fosse iliaque droite, à relier les parties dilatées aux parties affaissées, on découvre un double étranglement de l'intestin grêle par l'appendice iléo-cæcal. Cet appendice fortement dilaté et congestionné dans ses deux cinquièmes inférieurs, est dévié de sa position normale : il se dirige transversalement en dedans, passe au-devant d'une première anse intestinale qu'il étrangle entre lui et l'origine du gros intestin, puis va enlacer une seconde anse intestinale qu'il étrangle aussi en se repliant sur lui-même et va enfin s'insérer sur le méésentère auquel il est soudé par des adhérences récentes et peu résistantes. Il y a donc un double étranglement de l'intestin grêle par l'appendice cæcal.

Les fragments d'intestin étranglés les premiers sont encore libres dans l'anneau et on peut les faire glisser de haut en bas : ce sont les deux extrémités d'une anse longue d'environ 5 mè-

tres. L'extrémité inférieure de cette anse étranglée est distante d'environ 40 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Le second étranglement porte sur un fragment de la grande anse de 5 mètres déjà étranglée, et long environ de 20 centimètres. Ce fragment est distant de la valvule iléo-cæcale d'environ 2 mètres. Toute la partie de l'intestin qui est au-dessus de l'étranglement est considérablement distendue par les gaz, les parois en sont à peu près normales, le mésentère est intact. Mais, la partie de l'intestin comprise entre les deux étranglements et qui a, avons-nous dit, une longueur de 5 mètres, a une coloration rouge lie de vin. La muqueuse est épaissie, les parois affaissées et la lumière du canal a disparu. Dans le voisinage, le mésentère est épaissi et congestionné. Les surfaces en sont poisseuses et légèrement adhérentes, signe de péritonite partielle et récente. Dans la partie inférieure de l'intestin grêle au-dessous de l'étranglement, la coloration est beaucoup plus pâle, la congestion beaucoup moins intense.

Nous constaterons tout d'abord qu'on ne trouve plus une seule observation relatant un étranglement par un appendice sain depuis ces dates où l'on ne connaissait pas les lésions appendiculaires, ni les reliquats des crises plus ou moins larvées d'appendicite, n'ayant pas même de manifestation clinique appréciable.

Nous rangeant à l'avis du Dr Lapeyre de Tours, dans sa très intéressante communication au Congrès de Chirurgie de 1903, nous ferons les objections suivantes aux cinq observations citées :

Dans l'observation I, on trouve l'appendice étranglé lui-même et fortement enflammé, son extrémité libre est grosse comme une noix ; dans l'observation II, il est gros comme le pouce, rougeâtre et distendu par du mucus, ces constatations macroscopiques suffisent pour faire affirmer la lésion

de l'appendice et à lui attribuer la cause de l'occlusion.

Dans l'observation IV, l'appendice est adhérent à un kyste de l'ovaire pour qu'il y ait eu adhérence, récente ou ancienne, il a fallu une inflammation, au moins locale, de l'appendice qui, par suite est devenu pathologique, peu importe que cette inflammation ait été primitive ou secondaire.

C'est au mésentère que l'appendice, énorme, adhère dans l'observation V, Corivaud les croit de formation récente, car elles semblent peu résistantes. Elles sont en tout cas la preuve de l'infection du vermium et elles ont rendu possible l'étranglement par le nœud qu'il formait en le maintenant fixé, malgré leur peu de résistance.

Seule l'observation III ne donne point l'état de l'appendice, on ne peut donc se baser sur elle surtout vu l'époque où elle a été publiée, où l'attention n'était pas attirée sur l'inflammation possible du vermium causant des adhérences, qui, légères, ont pu échapper à l'observateur.

De plus, comme les symptômes d'iléus ont été constatés douze jours après un accouchement, il est plus que probable que l'appendice a été intéressé par une inflammation de voisinage ou générale et, devenu pathologique, a pu causer ainsi l'étranglement.

Nous voyons donc que ces cinq observations, les seules qu'ont ait pu réunir pour essayer de prouver l'étranglement par un appendice sain, ne sont pas du tout démonstratives d'un fait que nous sommes obligé d'admettre jusqu'à présent, comme purement théorique et tout au moins très rare.

Toutes les autres observations que nous relaterons, prou-

veront que l'occlusion intestinale d'origine appendiculaire est bien due, au contraire à une lésion aiguë ou chronique du vermium.

II. — L'OCCLUSION INTESTINALE EST LE FAIT D'UNE APPENDICITE AIGUE OU CHRONIQUE

Existe-t-il des occlusions réflexes ayant pour point de départ un appendice plus ou moins altéré ?

Grouew, dans sa thèse en 1906, admet ces variétés d'occlusions. Ces occlusions sans obstacles mécaniques, si tant est qu'elles existent, ne feraient pas partie de notre sujet ; nous ne nous y arrêterons que pour en nier l'existence. Des trois observations qu'il a pu réunir la troisième est un cas très net d'appendicite avec occlusion paralytique due à l'inflammation de la séreuse, et les deux premières, citées par Marion dans la *Gazette des Hôpitaux* du 24 novembre 1900, sont deux faits où l'hypothèse d'occlusion a été proposée pour expliquer ce qu'une laparotomie, suivie de guérison, n'avait pu expliquer comme cause de l'arrêt des gaz et des matières.

Occlusions paralytiques dues à la péritonite appendiculaire.

Ces faits d'occlusions, produits par la péritonite d'origine appendiculaire, sont d'observation assez fréquente et connus depuis longtemps : Henrot en 1865, Thibierge en 1864, Poupon en 1885 ont attiré l'attention sur ces « obstructions intestinales sans obstacle mécanique » survenant en particulier au cours des péritonites généralisées.

Mais ce sont des pseudo-occlusions, c'est-à-dire des

phénomènes occlusifs véritables symptômes de certaines formes d'appendicite, pouvant égarer le diagnostic, mais ne nécessitant d'autres interventions que celles destinées à la lésion causale appendiculaire. « Ils sont le résultat d'une paralysie intestinale dont la démonstration est faite par le rétablissement du cours des matières après l'opération alors que celle-ci n'a levé aucun obstacle matériel. A ce titre ils appartiennent au groupe des pseudo-occlusions, ils relèvent de l'appendicite, ils en font partie intégrante. Ils ne sont pas une complication, au sens propre du mot, ils ne sont que l'exagération de certains symptômes qui, ordinairement, se montrent moins accentués. » (Folliot.)

L'appendicite simulant l'étranglement interne est une forme clinique grave comme pronostic et facile à méconnaître, que l'on ne saurait trop faire remarquer ; elle demande une intervention précoce et rapide ; mais elle ne peut prendre rang dans notre cadre d'occlusions mécaniques compliquant les appendicites.

1° Occlusions intestinales vraies causées par une appendicite aiguë

A. — *Occlusions provoquées par les abcès d'origine appendiculaire.* — Ce mode d'occlusion est très rare. Pour que l'abcès comprime et aplatisse l'intestin au point d'amener un arrêt complet des gaz et des matières, il faut :

1° Que l'abcès se développe dans une cavité de parois inextensibles, par exemple dans le petit bassin, dans le cul-de-sac de Douglas ;

2° Que le contenu liquide soit enkysté dans une poche qui l'empêche de fuser entre les anses intestinales et fasse elle-même une sorte de matelas compresseur ;

3° Que le liquide soit collecté sous une certaine tension capable de l'emporter sur la puissance d'expansion des anses intestinales.

Toutes ces conditions sont difficiles à réunir, ce qui nous explique la rareté du fait clinique. Nous n'avons pu trouver que trois observations pouvant se rapporter à ce genre d'occlusion.

OBSERVATION VI (*Résumée*)

In thèse Sauzède

Homme de vingt et un ans. Arrive le 20 mars 1870 dans le

service du professeur Schietzenberg avec des symptômes qui font penser à une péritonite consécutive à une lésion du cæcum ou de l'appendice cæcal.

La situation est très grave pendant trois ou quatre jours. Après quelques potions gazeuses qui ont distendu le ventre, on sent dans le flanc droit, une tumeur dure et allongée.

Pensant que là gisait l'obstacle, on opère. On évacue ainsi une collection purulente considérable, limitée par les adhérences nombreuses, collection entourant le cæcum, et nul doute que la cause de l'arrêt des matières fécales n'ait été le résultat de l'adossement des parois du cæcum, produite par le pus qui l'entourait. On n'a pas trouvé d'autres causes d'étranglement.

Dans ce cas, l'intestin se trouvait au milieu d'une poche, contenant du pus sous une certaine tension puisque l'observation dit que la tumeur était dure. Le cæcum entouré en totalité ne pouvait échapper à la compression.

Dans les faits de ce genre, faut-il encore faire remarquer que la pathogénie de l'occlusion *est complexe* et, bien souvent, en plus de la compression par l'abcès des anses intestinales, de leur immobilisation par des adhérences, la paralysie de l'intestin enflammé complète l'occlusion si elle n'en est pas l'agent principal, surtout dans les appendicites aiguës.

OBSERVATION VII

(M. H. Hæckel. — *In Deutsch Zeitsch. f. Chir.*, 1907, LXXXVII.)

Une jeune fille de vingt ans, est prise de tous les accidents d'appendicite aiguë trois semaines auparavant, la crise dure peu et rétrocede, mais des signes d'occlusion se manifestent, le ventre se ballonne, sans que l'on découvre d'ailleurs, en aucun point, de zone résistante. On fait la laparotomie médiane, on enveloppe rapidement de compresses les anses distendues, et, dans le voisinage du promontoire on trouve un paquet d'intestin adhérent, que l'on commence à dissocier : du pus fétide s'écoule et l'on ouvre un abcès sous-jacent, dans lequel se présente l'extrémité de l'appendice ; la cavité est détergée, on ne peut

achever la libération intestinale et l'on fait une entérostomie. Le malade meurt le lendemain de péritonite.

OBSERVATION VIII

(M. H. Hæckel. — *In Deutsche Zeitsch. f. chir.*, 1907, LXXXVII.)

Accidents d'occlusion datant de quatorze jours et aboutissant à un iléus complet. On fit la laparotomie, on trouva distendus les deux tiers de l'intestin grêle, et, après les avoir enveloppés de compresses chaudes, et relevés, on tomba sur un paquet d'anses agglomérées au niveau de la ligne innommée droite, autour de l'appendice et enveloppées de fausses-membranes récentes; l'aspect de cette masse et de ces néo-membranes fit supposer qu'au centre existait un abcès appendiculaire, récent, lui aussi, et septique; on se garda de tenter la moindre libération intestinale et l'on anastomosa la dernière anse grêle distendue au côlon transverse en bornant là l'intervention et en se réservant d'ouvrir plus tard l'abcès s'il grossissait. Mais la tuméfaction iliaque se réduisit de plus en plus, les accidents d'arrêt stercoral ayant cessé, et finalement la guérison fut complète.

B. — *Occlusions intestinales dues à des adhérences péritonéales.* — Talamon a, depuis longtemps, fait remarquer que l'intervention, pratiquée dès le début d'une appendicite même légère, permet de constater « du dépoli de la séreuse et des adhérences molles de l'appendice avec les parties ambiantes ». Broca également, rapportant dans l'une de ses cliniques plusieurs observations d'occlusions d'origine appendiculaire, insiste sur la rapidité avec laquelle se développent ces adhérences.

Pour MM. Tuffier et Marchand (*Presse Médicale*, 18 septembre 1902) ces péri-appendicites, qui sont la cause ini-

tiale des adhérences, relèvent de la lymphangite sous-séreuse, ayant pour point de départ la lésion muqueuse ; pour MM. Tixier et Viannay, qui se basent sur des recherches exposées dans la thèse d'Augruy, les adhérences sont dues à la péri-adénite des ganglions appendiculaires.

Mais, que la cause directe de cette réaction péritonéale soit l'inflammation de la muqueuse appendiculaire, ou la péri-adénite, ou, comme le croit M. Tripier, qu'elle soit une inflammation primitive, il n'en est pas moins vrai qu'elle est contante si son degré d'intensité varie.

Puisque la formation de ces adhérences accompagne d'une façon précoce l'appendicite, on conçoit sans peine qu'on pourra trouver des cas où l'on verra se superposer les symptômes d'une occlusion due à l'action de ces adhérences. Il suffit qu'elles coudent deux ou plusieurs anses intestinales par exemple, et qu'elles soient assez solides pour résister à la traction, parfois énergique, de l'intestin luttant contre l'obstacle. Nous avons groupé plusieurs observations de ce genre.

OBSERVATION IX (*Inédite*)

(Due à l'obligeance du Dr Charles Martin.)

Appendicite aiguë suppurée compliquée d'occlusion aiguë par adhérences péritonéales et épiploïques coudant et immobilisant la fin de l'intestin grêle.

M^{me} L..., trente-cinq ans, de Mansigné (Sarthe), fut, en mars 1902, atteinte d'appendicite aiguë avec abcès péri-appendiculaire dans la fosse iliaque droite.

L'état est grave et l'intensité des phénomènes occlusifs au huitième jour de la maladie ferait penser à un étranglement

interne si la semaine-écoulée d'appendicite à évolution habituelle ne faisait regarder ces phénomènes occlusifs soit comme une véritable occlusion par obstacle mécanique dont la cause ne peut être déterminée, soit comme une complication de péritonite en voie de généralisation.

Je suis appelé d'urgence, et, dans l'impossibilité de transporter la malade, obligé de la laparotomiser sur place.

Opération le 12 mars 1902. — Laparotomie médiane sur les confins de la fosse iliaque droite, en dedans du cæcum.

On trouve une masse formée par les dernières anses grêles liées et immobilisées par des adhérences molles, de l'épiploon. et des fausses membranes blanchâtres, couenneuses.

L'intestin grêle a deux coudures nettes et reprend sa forme au fur et à mesure de la libération de l'épiploon et des adhérences.

Cette libération a l'inconvénient d'ouvrir l'abcès péri-appendiculaire qui s'étend, d'autre part, dans toute la fosse iliaque droite.

Le pus limité autant que possible par des plans de compression est évacué par la laparotomie médiane et une contre-ouverture dans la fosse iliaque droite.

L'intestin grêle est rouge, vascularisé, mais la séreuse de la grande cavité ne semble pas infectée en dehors de la zone des adhérences, causes de l'occlusion.

Cependant à la fin de l'intervention, menée aussi rapidement que possible, un second abcès s'ouvre de lui-même dans le champ opératoire. Le pus sourd entre deux anses intestinales et vient de la région sous-rénale gauche le long du flanc gauche du mésentère. Ce nouveau foyer de péritonite enkystée est largement drainé par la plaie médiane.

Malgré l'absence de péritonite à lésions macroscopiques, cette lésion à distance indique que la grande cavité péritonéale est infectée.

Il nous semble pourtant que les phénomènes occlusifs intenses, qui ont motivé l'intervention, étaient dus à l'obstacle mécanique apporté à la fonction intestinale par le paquet d'adhérences trouvées coudant et immobilisant l'intestin et que la

paralyisie intestinale résultant de la péritonite n'a joué qu'un rôle secondaire dans la pathogénie des accidents.

L'état grave de la malade ne laissait que peu d'espoir, et malgré une selle obtenue le lendemain accompagnée d'une émission abondante de gaz, malgré donc le rétablissement de la circulation intestinale, le décès survient par septicémie péritonéo-intestinale.

Les conditions défectueuses de l'installation opératoire ne semblent pas avoir contribué à cette catastrophe.

Une simple incision de l'abcès iliaque avec anus contre-nature pour parer aux phénomènes d'occlusion, plus rapide à exécuter sans danger d'infection de la séreuse n'aurait sans doute pas donné un meilleur résultat. On aurait en tous cas laissé méconnu le second foyer suppuré de la péritonite appendiculaire.

OBSERVATION X (*Résumée*)

(Kirmisson. — Société de Chirurgie de Paris 1901.)

Enfant de dix ans, malade depuis le 1^{er} mars, entrée à l'hôpital le 9 mars avec phénomènes occlusifs prédominants. L'examen sous le chloroforme fait sentir une tumeur régulièrement arrondie et résistante dans la fosse iliaque droite, d'un abcès probable.

Laparotomie dans la fosse iliaque droite.

On tombe sur une anse grêle, dilatée et vascularisée. On n'aperçoit pas le cæcum. On finit par voir le gros intestin recouvert de franges épiploïques et relié à une anse grêle par des adhérences très serrées. Section de ces adhérences, un flot de pus s'écoule d'odeur caractéristique, il n'y a pas à hésiter on se trouve en présence d'une appendicite. En se portant alors en bas, dans la fosse iliaque droite, là où la palpation avait permis de constater une tumeur fluctuante, on peut reconnaître que cette tumeur était formée par l'agglutination de deux anses grêles renfermant dans leur intervalle un pus de caractères identiques à ceux notés précédemment. L'examen de l'intestin

grêle démontre qu'il y a, en différents points du mésentère, des collections purulentes identiques.

En somme, il s'agit d'une péritonite appendiculaire entièrement localisée entre les replis du mésentère avec adhérences et coudures multiples de l'intestin grêle, déterminant une occlusion secondaire.

Toute la partie supérieure de l'intestin grêle est énormément dilatée, mais il n'y a pas une goutte de pus libre dans la grande cavité ni dans le bassin.

Mort le 10 mars, vingt-quatre heures après l'opération.

Autopsie. — On constate que le cæcum est profondément appliqué dans la région du flanc droit. De sa face postéro-externe part l'appendicite qui remonte derrière lui en formant une anse à concavité inférieure. Cet appendice très long se prolonge jusqu'à la face profonde du mésentère, reliant le côlon ascendant à l'intestin grêle. Appendice perforé à sa pointe et baignant dans un premier foyer de suppuration.

En résumé, péritonite à localisations multiples ayant pour conséquence l'occlusion intestinale, suite des coudures et des adhérences de l'intestin.

OBSERVATION XI (*Résumée*)

Lépine. — *In Lyon Médical.*

A..., âgée de quarante ans, entre dans le service de la clinique médicale avec les symptômes d'une occlusion intestinale le 20 janvier au soir. Ils remontent à quatre jours et paraissent avoir débuté brusquement... L'opportunité d'une opération se pose, mais elle est écartée en raison du peu de chance de succès.

La mort a lieu dans la nuit.

Autopsie. — Péritonite caractérisée par la présence d'un léger exsudat et la rougeur des anses intestinales. Quelques fausses membranes fibrineuses, infiltrées de pus, et très molles dans la fosse iliaque fixent deux anses d'intestin grêle dans une position telle qu'elles sont coudées à angle très aigu. *Telle est la seule cause de l'étranglement.*

En déchirant avec le doigt ces *adhérences récentes*, on arrive sur l'appendice iléo-cæcal enflammé et perforé. Le cæcum et les autres organes sont sains.

OBSERVATION XII (*Résumée*)

(In thèse Grouew.)

Garçon de café âgé de vingt-deux ans, atteint le 1^{er} mai 1900 d'appendicite grave. Il est opéré le 5 mai : on constate de la péritonite appendiculaire généralisée, mais sans adhérences des anses rouges et distendues ; on enlève l'appendice enflammé et perforé et on draine le liquide louche assez abondant situé dans la région. Dans la suite le malade va mieux, rend des gaz dès le deuxième jour, mais pas de matières.

Ni les purges ni les lavements n'en amenèrent l'évacuation. Aussi, devant la persistance de cet arrêt des matières, l'état du malade s'aggravant depuis le 13 mai, on se décide à voir par l'incision de la première opération quelle pouvait être la cause de l'occlusion. On trouve les anses accolées les unes aux autres, coudées, comprimées, sans espoir de libération possible. Une ouverture est faite sur le cæcum et une autre sur l'intestin grêle qui se vident sans que le reste de l'intestin soit évacué. Le malade meurt dans la soirée et l'autopsie montre toutes les anses ne formant qu'une masse, adhérant également aux parois abdominales en plusieurs endroits.

OBSERVATION XIII (*Résumée*)

(In thèse Grouew.)

Une malade de vingt-quatre ans est opérée le 30 mars pour une appendicite tout à fait au début. Elle va mieux après l'intervention, mais est reprise le 10 avril de fièvre, de douleurs et de vomissements. Son état devenu très grave le 11, on fait une incision du cul-de-sac postérieur, donnant issue à une quantité abondante de pus.

La malade s'améliore et les symptômes de péritonite dispa-

raissent ; le 14, elle rend des gaz spontanément et des matières après un lavement. A partir de ce jour, malgré purge et lavements, elle n'a plus une seule évacuation. Devant cette obstruction rebelle, on pratique une laparotomie ; on tombe alors sur un paquet d'anses intestinales agglutinées entre elles, friables, impossibles à séparer. On pratique un anus contre nature au hasard. A l'autopsie, on trouve des adhérences absolument généralisées, reliant toutes les anses entre elles.

OBSERVATION XIV (*In extenso*)

(Cestan. — *In Gazette des Hôpitaux*, 1901, n° 10.)

Je fus, à la fin d'octobre 1889, appelé auprès d'une jeune fille de dix-sept ans, M. D..., pour des accidents abdominaux d'allure mal définie, qui avaient été pris par le médecin traitant pour une fièvre typhoïde irrégulière. Dans la fosse iliaque droite existait une très volumineuse collection purulente d'origine appendiculaire ; une large incision donna issue à deux gros verres d'un pus grisâtre, mal lié, horriblement fétide, et à deux concrétions fécales calculiformes. L'appendice ne fut pas recherché. Large drainage.

La malade s'était remise de cette atteinte, lorsque, neuf jours après cette première incision, la température remonta sensiblement. Je redoutai et cherchai un foyer secondaire qui ne tarda pas à se dessiner, cette fois, aux confins de la fosse iliaque gauche. Je l'ouvris sur le bord externe du muscle droit correspondant et le drainai à son tour.

Les phénomènes s'amendèrent encore, mais, trois jours après la circulation intestinale devint de plus en plus malaisée, le ventre se ballonna, des nausées, puis des vomissements apparurent avec tous les signes d'une occlusion. L'examen soigneux du ventre ne montra pas de nouvel empâtement en train de suppurier, mais aux environs immédiats du second foyer une anse intestinale plus tendue faisait nettement saillie (signe de Schlange) indiquant le siège de l'obstacle. C'était, à n'en pas

douter, une occlusion par coudure due à des adhérences inflammatoires.

Une laparotomie pour dégager l'anse adhérente était logique, mais périlleuse, car il fallait opérer au voisinage immédiat d'un foyer infecté et sur une malade extrêmement affaiblie. La famille d'ailleurs s'y opposa.

J'essayai sans succès les grands lavements huileux, la strychnine et la caféine. Mais les événements se précipitèrent, le ventre devint énorme, les vomissements fécaloïdes, la peau froide, le pouls très rapide.

Enfin, tout espoir perdu, me laissa-t-on pratiquer, sous cocaïne, une entérostomie étroite et rapide sur l'anse adhérente qu'à travers une étroite boutonnière mon doigt put accrocher et ramener au dehors. Dès le lendemain matin, le ventre s'était dégonflé et les vomissements avaient cessé.

Quelques jours après, j'introduisis dans l'intestin, par le minuscule anus artificiel, une très grande sonde œsophagienne molle et poussai vers le bout inférieur une injection huileuse qui sortit en partie par l'anus normal. Pareillement, avec une canule rectale profondément conduite, je pus de bas en haut amener du liquide jusqu'à l'anus artificiel. Ces doubles lavages furent quotidiennement répétés. Bientôt, le cours normal des fèces se rétablit progressivement. Vingt jours après, la fistule ne donnait plus passage aux matières et la malade commençait à se lever.

Depuis, cette fistule, réduite à un petit pertuis insignifiant, est restée constamment si sèche que la jeune fille se déclare très satisfaite et repousse toute intervention complémentaire pour en assurer la fermeture définitive.

OBSERVATION XV (*Résumée*)

(Broca. — *Leçons cliniques.*)

Une fille de treize ans prise d'appendicite le 1^{er} décembre 1899, entre le 4 décembre à l'hôpital. On incise le 9 un abcès iliaque ; l'amélioration est considérable les jours suivants. Mais le 12

elle est prise de symptômes d'occlusion avec douleurs épigastriques, vomissements bilieux, météorisme.

Le 14 on constate que le Douglas est libre. Du 17 au 21 la température oscille va jusqu'à 38 degrés et 38° 5 le soir, et le 22 le toucher permet de constater qu'il existe une masse dure, non fluctuante, formée par ses anses agglomérées.

J'incisai donc l'abdomen sur la ligne médiane et je vis l'intestin grêle très distendu et vascularisé. Dans le petit bassin la main arrive sur un amas d'anses affaissées, accolées contre la paroi pelvienne gauche, vers la droite de ce paquet descendait une première anse dans laquelle une couture brusque par adhérence au bord mésentérique arrêta complètement le cours des matières.

Après quoi, la même anse, pour devenir perméable, dut encore être affranchie de deux autres adhérences qui la coudaient. Je drainai largement par la fosse iliaque et par l'incision médiane, en protégeant le haut du ventre par des mèches de gaz, mais il me paraissait impossible qu'un foyer pelvien ainsi infecté pût être impunément ouvert dans la grande séreuse : en effet, la température qui, depuis le 20 décembre, était normale, monta le soir à 39 degrés, et l'enfant succomba le lendemain matin, sans avoir vomi, mais avec tous les autres symptômes de la péritonite diffuse suraiguë.

L'autopsie confirma ce que j'avais vu pendant l'opération, et nous fit trouver, en outre, un petit abcès au milieu des anses agglomérées dans le bassin. L'appendice, dirigé en bas et en dedans, était amputé au sommet et venait adhérer à l'anse intestinale que j'avais libérée.

OBSERVATION XVI (*Résumée*)

(M. Venot. — *Province médicale*, 11 janvier 1908.)

L'occlusion est survenue au ving et unième jour d'une appendicite. Depuis six jours pleins la malade n'avait rendu ni matières, ni gaz par l'anus ; l'intervention a conduit sur un bloc com-

pact d'adhérences qui enserrait la fin de l'iléon, déterminant une compression large de l'intestin. La libération des adhérences a été rapidement suivie du rétablissement de la circulation intestinale et la malade a guéri.

OBSERVATION XVII* (*Résumée*)

(Marchant. — *In* thèse Vignaud).

Désiré B..., journalier, vingt-six ans, tombe malade le 10 janvier, symptômes d'appendicite. Le 14, des vomissements fécaloïdes apparaissent. Le traitement médical ayant échoué, le malade passe en chirurgie le 19 janvier. Il présente tous les symptômes d'une occlusion.

Opération le 19 janvier. — Laparotomie médiane ; les anses intestinales sont congestionnées, rouges, dépolies et distendues par les gaz. En dévidant l'intestin grêle on trouve qu'en un point l'iléon change brusquement de calibre et d'aspect : au lieu d'être distendu par les gaz, il est rétracté vide, et à peine gros comme le petit doigt.

A la surface, on voit des fausses membranes opalescentes et jaunâtres, ayant déterminé l'étranglement, et cela sur une longueur de 50 centimètres environ, jusqu'à la valvule iléo-cæcale. Ceci vu le chirurgien explore le cæcum, et, l'appendice étant entouré de fausses membranes est lié et reséqué. Attouchement à la gaze iodoformée sur toute la longueur d'intestin recouverte de fausses membranes ; par cette manœuvre, on voit aussitôt le cours des gaz se rétablir et passer dans la portion d'iléon jusque-là rétractée.

L'opération se termine normalement ; suites opératoires excellentes.

La dernière observation que nous aurions pu cataloguer à part sous le titre d'occlusion due à la rétraction de fausses membranes rétrécissant l'intestin, au cours d'une appendicite aiguë, est la seule de ce genre qui soit publiée,

croyons-nous. Ce mode d'étranglement par rétrécissement du calibre de l'intestin enserré dans les fausses membranes jusqu'à se réduire au volume du petit doigt et ne plus être perméable aux matières ou aux gaz n'est en somme qu'une variété d'occlusion relevant de la même cause : les néoformations fibrineuses dues à la péritonite appendiculaire. Il leur a suffi de neuf jours pour se former et devenir assez résistantes pour rétrécir le calibre intestinal en se rétractant et ne pas céder à la pression du contenu de l'iléon.

Dans toutes ces observations, la péritonite d'origine appendiculaire localisée ou plus ou moins généralisée, avec pus enkysté, ou sans pus, a déterminé la formation d'adhérences qui, soit seules, soit aidées par la compression d'une poche purulente située dans le coude formé par deux anses adhérentes, ont déterminé l'arrêt des matières et des gaz par l'accolement des parois intestinales interceptant leur circulation.

Il y a donc des faits certains prouvant, sans qu'on soit obligé d'invoquer la pseudo-occlusion paralytique due à la péritonite appendiculaire, qu'il peut y avoir occlusion mécanique pendant ou suivant l'évolution d'une appendicite aiguë, par des adhérences suffisantes à elles seules, malgré leur formation récente, pour amener l'arrêt complet des gaz et des matières. Nous allons voir maintenant l'épiploon jouer le même rôle.

C. — *Occlusions intestinales dues à l'épiploon.* — L'épiploon est un merveilleux organe de défense pour la cavité abdominale. Dès qu'une infection touche un viscère il s'y porte immédiatement pour seconder la séreuse péritonéale dans son action phagocytaire et aussi l'aider à circonscrire

l'infection : on le voit en effet se fixer tout autour de l'organe lésé et, formant une paroi toute trouvée, protéger efficacement le reste de l'abdomen en quelques heures.

Il vient donc jouer ce rôle dans les cas de lésions de l'appendice. Mais ne peut-il pas, atteint lui-même par l'inflammation qu'il vient circonscrire, adhérer en quelque point que ce soit de la séreuse péritonéale et couder l'intestin plié sur une de ses franges immobilisée et tendue comme une corde, ou s'enrouler autour de lui, produisant ainsi l'iléus ? Nulle part, nous n'avons vu traité ce mode d'étranglement au cours de l'appendicite aiguë, dont voici deux observations.

OBSERVATION XVIII (*Inédite*)

Appendicite aiguë avec abcès enkysté. — Incision de l'abcès. — Quatre jours plus tard occlusion par couture de l'intestin sur une bride épiploïque. — Laparatomie. — Guérison.

M. X..., dix-huit ans, m'est adressé de La Flèche par le Dr Choynet, au huitième jour d'une appendicite avec abcès iliaque droit. Une incision est faite le 18 juin 1900, incision sur l'abcès qui faisait déjà bomber la fosse iliaque (le sujet est maigre). Il s'écoule 150 grammes d'un pus jaune verdâtre épais, très fétide et contenant dans sa masse une boulette stercorale. La cavité de cette péritonite enkystée est bien limitée, elle déborde le détroit supérieur et ne semble pas descendre plus bas.

L'appendice n'est pas vu, et donc laissé en place.

Une amélioration sensible se produit dans l'état général : la température tombe et le pouls se ralentit. Mais l'intestin ne fonctionne pas, quoique sollicité par un lavement simple.

Le troisième jour, le ballonnement du ventre, les vomissements avec hoquet, l'arrêt des gaz et des matières, la fièvre (37° 8), le pouls rapide (140) et déjà moins plein, le facies anxieux qui s'altère indiquent nettement une occlusion intestinale.

Laparotomie médiane le 22 juin. On isole soigneusement le foyer suppurant de l'abcès ouvert, et on découvre la cause de l'occlusion qui n'est autre qu'une frange épiploïque de la longueur et du volume d'un doigt, adhérente à la paroi pelvienne de l'abcès appendiculaire. Sur cette frange rougie, dont l'extrémité est couverte de fausses membranes, l'intestin grêle s'était coudé à 50 centimètres environ de l'angle iléo-cæcal. Lui-même adhère au-delà de la coudure sur la symphyse sacro-iliaque droite avec la paroi de l'abcès.

La bride épiploïque réséquée, l'intestin fut facilement dégagé, et l'opéré guérit.

OBSERVATION XIX (*Résumée*)

(Broca. — *Leçons cliniques.*)

Fillette de huit ans, atteinte d'appendicite aiguë le 30 janvier 1900. On ouvre un abcès iliaque le 6 février. L'enfant alla mieux, mais une constipation opiniâtre subsista malgré les purgations et les lavements, qui bientôt s'aggrava. Des crises violentes de coliques eurent lieu de temps à autre, calmées après l'émission de quelques gaz ; l'épigastre se ballonna ; il n'y avait d'ailleurs pas de vomissements, et rien n'était suspect autour du foyer opératoire. Quoique rien ne fût appréciable au toucher rectal, je redoutai tout de suite une occlusion partielle par adhérences, et bientôt l'occlusion fut complète, le calomel n'agit plus en sorte que je résolus d'intervenir, ce que je fis le 17 février.

J'élargis la plaie, actuellement presque cicatrisée et je donnai une chiquenaude sur le fond de la plaie débridée qui rendit un son aérique ; je ponctionnai : quelques gaz sortirent,

et ce fut tout. De même en deux autres points. Il était dès lors certain, ou bien que des coudures multiples isolaient plusieurs anses, ou bien que, l'occlusion étant incomplète, quelques gaz avaient pu passer au-dessous de l'obstacle, d'où la sonorité des anses ponctionnées et l'inefficacité de la ponction pour établir un anus contre nature.

Cela étant, mon parti fut vite pris : décollant la lèvre interne de l'incision, j'effondrai quelques adhérences et, en protégeant avec les compresses la partie inférieure suppurante, j'entrai délibérément dans le péritoine ; et de l'index je constatai qu'une bride s'enroulait autour d'un paquet intestinal adhérent à la fosse iliaque et à la paroi abdominale. Recourbant le doigt en crochet, au-dessous du pédicule, j'attirai le tout au dehors, je sectionnai la bride, formée par la pointe de l'épiploon, et j'étais cet épiploon autour de la plaie. J'eus tout de suite la preuve que l'obstacle était levé, car des matières liquides, jaunes, abondantes sortirent par un orifice de l'intestin grêle, puis par le second, situé à environ 15 centimètres plus bas ; et une longue anse, d'abord coudée, se déroula au dehors, où la maintint une mèche circulaire de gaz iodoformée. Rien ne sortit par ma première ponction intestinale. Dès le lendemain les symptômes d'occlusion avaient cessé et l'enfant fut bientôt guéri.

D. — *Occlusions intestinales dues à l'appendice.* — Si l'appendice iléo-cæcal vient, à un moment donné, à s'enflammer, il peut se faire que les adhérences qui vont se former même dès le deuxième jour, résultats de la réaction péritonéale constante dont nous avons parlé, le fixent dans une position telle qu'il étranglera l'intestin et provoquera les symptômes d'une occlusion se superposant à ceux de l'appendicite évoluant depuis un ou plusieurs jours.

Dans un premier mode d'iléus nous voyons l'appendice enflammé se tordre autour d'une ou plusieurs anses intes-

tinales, y adhérer, formant un anneau complet et rétrécir le calibre intestinal au point d'amener bientôt l'arrêt total des matières et des gaz.

Dans l'observation que nous avons citée (voir obs. I) la « boule » de Parise, entre en jeu. Le nœud formé par le vermium autour de l'intestin se déferait peut-être malgré les adhérences qui l'y maintiennent accolé, sous l'influence des contractions intestinales très violentes qui se produisent, si l'on en juge ainsi du moins par l'existence des coliques d'une intensité extrême que relate l'observation et qui en sont la traduction clinique.

Mais il est fixé à demeure par le renflement pathologique de son extrémité, pris entre sa propre terminaison cæcale et celle de l'iléon. Il suffit dès lors de quelques adhérences minimales pour empêcher ce bouton pathologique de sortir de la boutonnière trop étroite qui s'est formée derrière lui.

Si nous avons affaire à une appendicite aiguë et non à des lésions d'appendicite chronique dans l'observation II nous pouvons l'ajouter à la précédente puisque l'extrémité du vermium, agent d'étranglement, est fixé par des adhérences et retenu entre deux anses intestinales.

Nous devons admettre que des adhérences récentes peuvent cependant suffire à elles seules à maintenir le nœud formé, comme le montre l'observation III, si nous avons affaire là encore à une appendicite aiguë, ce que l'insuffisance de détails ne nous permet pas d'affirmer.

Dans l'observation V, c'est l'adhérence de l'extrémité du vermium au mésentère quoique « récente et peu résistante » qui semble suffire à maintenir le nœud formé

étranglant l'intestin. Il est vrai que des adhérences agglutinent les anses déjà emprisonnées et accolent également le vermium à l'intestin. Elles peuvent donc aider à la fixité constatée du nœud qui n'eut peut-être pas résisté à un péristaltisme intestinal exagéré, si celui-ci n'était déjà affaibli et si le nœud n'était maintenu que par son extrémité adhérente.

Dans l'observation XX que nous allons maintenant relater, voici quel est le mécanisme de l'occlusion : l'extrémité de l'appendice, seule atteinte par le processus inflammatoire aigu, s'immobilise grâce aux adhérences précoces formées en se fixant à la paroi pelvienne. Une portion d'intestin s'insinue entre le plan pelvien résistant et l'extrémité cœcale du vermium non malade, par suite non adhérente. Mais, la réaction péritonéale augmentant d'intensité, à mesure que l'inflammation appendiculaire évolue, atteint l'anse grêle dont la séreuse réagit également : des adhérences se forment qui immobilisent l'intestin dans son anneau. Le vermium, presque immuable du côté du cæcum, fixé à son autre extrémité, forme une corde qui se tend progressivement, et qui, augmentant de rigidité et de volume par suite de l'infection, écrase peu à peu jusqu'à l'arrêt bientôt complet des matières, l'anse intestinale emprisonnée entre lui et la paroi.

OBSERVATION XX (*Résumée*)

(D^r Lapeyre. Congrès de Chirurgie 1903.)

M^{me} P..., — quarante-neuf ans, est prise dans la nuit du 9 novembre 1902 de symptômes d'occlusion apparaissant brus-

quement et qui l'amènent le 12 à la clinique du Dr Lapeyre pour y être opérée. Le diagnostic posé est : occlusion aiguë portant sur la fin de l'intestin grêle. La cause en reste insoupçonnée. La laparotomie médiane est pratiquée immédiatement. Du liquide en quantité appréciable s'échappe du ventre.

La main, portée vers la fosse iliaque droite, rencontre immédiatement une masse dure qui donne la sensation d'un néoplasme de l'intestin. Il est impossible d'attirer dans la plaie cette masse qui reste fixée dans la fosse iliaque droite. En prolongeant en haut l'incision, et en plaçant un grand écarteur, le point malade est mis à découvert. Ce que sentait le doigt, c'était l'appendice fixé et rigide, tendu comme une corde et écrasant sous lui une anse grêle. Tout dégagement est impossible. Je dois placer deux pinces sur l'appendice, de chaque côté de l'anse comprimée, et sectionner entre elles le vermis au-dessus de l'anse serré. Immédiatement celle-ci se dégage, faisant irruption brusque en avant. Des plaques noirâtres existent au niveau du sillon d'étranglement, cependant l'intestin paraît susceptible de vivre. L'anse très ballonnée est enflammée, couverte sur 30 centimètres environ d'un exsudat fibrino-purulent. J'amène cette anse dans la plaie sous des compresses et m'occupe d'extirper chacun des deux segments de l'appendice. La partie cæcale est saine et facilement réséquée. Reprenant l'autre segment je m'aperçois que toute la portion située au delà du point qui réalisait l'étranglement est gangrenée.

L'appendice est perforé, baigne dans un liquide fétide ; une boulette stercorale est tombée dans la fosse iliaque, une autre est encore incluse dans la partie gangrenée.

Le méso-appendice est aussi sphacélé ; l'extrémité de l'appendice adhère à l'intestin et au pelvis et est difficile à détacher. Drainage avec un gros drain et une mèche dans la fosse iliaque droite. L'anse malade, une des dernières de l'intestin grêle, est amenée dans la plaie, fixée au péritoine pariétal et laissée à découvert pour me permettre l'inspection. L'opération a demandé cinquante minutes, la malade l'a bien supportée. Les vomissements cessent, la température reste à 36° 6, 36° 8, le

pouls varie de 96 à 108, l'état syncopal persiste ; sérum, caféine oxygène. Le deuxième et le troisième jours l'état est toujours très grave. Au quatrième jour, amélioration. La malade prend du bouillon et du lait, ne vomit pas, rend des gaz par l'anus. L'anse isolée dans la plaie ne présente aucune trace de sphacèle. Au sixième jour, l'état s'aggrave, température 37° 4, les gaz s'arrêtent.

Je me décide à faire une légère ouverture à l'intestin. Au bout de quelques heures, amélioration marquée ; l'anus fonctionne abondamment, des gaz partent à nouveau par en bas.

Le septième jour et le huitième, la malade s'alimente, les forces reviennent. Je crois à la guérison. Le neuvième jour affaiblissement brusque, refroidissement, teinte cyanotique de la face, le pouls devient petit, s'élève de 108 à 130.

Morte le dixième jour.

Le fait le plus intéressant à noter dans cette observation est l'absence d'attaque d'appendicite dans les antécédents.

Cependant, il s'était fait dans la fosse iliaque droite un travail inflammatoire aboutissant à des adhérences de l'appendice qui ont été la cause de l'étranglement. Il ne peut s'agir d'une hernie de l'intestin dans la fossette iléo-cæcale, car, au cours de l'opération, les constatations faites ont établi très nettement le mécanisme de l'étranglement.

.
C'est donc l'appendice lui-même qui a joué le rôle d'une bride étranglant l'intestin ainsi que le fait aussi parfois le diverticule de Meckel. Or, justement, dans les antécédents de la malade, il est impossible *de retrouver une crise d'appendicite*, les coliques passagères éprouvées ne pouvant être assimilées même à des crises de colique appendiculaire. Ici, l'appendice est immédiatement coupable et justement l'appendicite, au moins au sens clinique du mot, fait défaut.

Enfin, grâce à une observation inédite, à nous communiquée, très aimablement, par le Dr Martin, nous pouvons décrire un mode tout particulier d'étranglement de l'intestin par l'appendice récemment enflammé. Elle montre que le

vermium malade « rouge, turgescant, rigide » a dû d'abord s'accoler en partie à l'iléon son voisin ; les lésions péritonéales de l'appendice s'étendant de proche en proche ont entraîné des adhérences successives de l'iléon s'enroulant autour de lui comme un ruban autour d'un bâton. L'épiploon, adhérent à l'intestin a dû contribuer à le faire contourner l'appendice peu à peu en se rétractant autour de ce dernier, lui faisant prendre les places successives qu'il occupait. Mais, les parois de cet intestin compris entre l'épiploon et le vermium plus ou moins adhérents, se sont aplaties ou coudées sur cette corde rigide et c'est ainsi qu'en deux endroits la lumière du conduit intestinal s'est complètement oblitérée, d'où, par suite, production des phénomènes d'occlusion.

OBSERVATION XXI (*Inédite*)

Occlusion intestinale par enroulement sur l'appendice de la fin du grêle. — Guérison.

M. X..., âgé de trente-deux ans, de Louërre, souffrait depuis quelques semaines dans le côté droit. Ces douleurs sont survenues au milieu d'un parfait état de santé ; dans le passé, aucun antécédent morbide ne peut retenir l'attention.

Le malade vient en consultation en avril 1906 ; à la fin de cette période, on constate alors dans la fosse iliaque droite une petite induration oblongue transversalement, mobile surtout dans le sens vertical, paraissant juxta-cæcale, et, pensant à une appendicite légère en voie de résolution au milieu d'un paquet épiploïque, je conseille d'attendre en évitant toute fatigue, surveillant l'alimentation et les fonctions intestinales.

Quinze jours se passent sans grande modification ; le malade, cultivateur, a cessé tout travail et passe la plus grande partie

de son temps couché ; il dit n'avoir fait aucun écart de régime.

Le 3 mai 1906 il est pris brusquement d'une douleur violente, ou plutôt d'une succession de coliques au niveau de l'induration que lui-même savait trouver : « Il lui semblait, dit-il, sentir son intestin se contracter douloureusement et lutter contre l'obstacle empêchant les matières de circuler en ce point. »

Dès le premier jour des vomissements se produisant, le facies devient grippé, anxieux, le pouls à 110 ; le médecin traitant pense à une appendicite suraiguë, grave, d'autant plus grave qu'il n'y a pas de température ; le ventre se météorise, la douleur se généralise et l'hypothèse de septicémie péritonéale au début paraît probable.

Je suis appelé d'urgence près du malade et l'opère de suite, moins de trente-six heures après le début des accidents. D'ailleurs, au moment de l'intervention, le diagnostic de péritonite, sans être complètement écarté, paraît moins probable pour les raisons suivantes :

1° Caractère de colique de la douleur du début avec sensation d'obstacle ;

2° Arrêt trop complet des gaz et des matières ;

3° La persistance de la tuméfaction dans le flanc droit, ce point est extrêmement douloureux, le reste du ventre est beaucoup moins sensible ;

4° Le malade quoique très souffrant ne paraît pas intoxiqué ; son pouls est bon, plein, quoique à 110 ;

5° Il y a eu 500 grammes d'urines.

Je pense à une lésion d'obstruction de l'intestin probablement par bride épiploïque consécutive à l'appendicite dont nous sentions le reliquat, aussi je propose une laparotomie médiane.

Intervention le 4 mai 1906.

Laparotomie. — Les anses du grêle ne sont pas encore très tendues, elles commencent à se marbrer de vaisseaux dilatés.

L'exploration avec l'index droit révèle, dans la région cæcale, la présence d'un boudin dur assez mobile, irrégulier que l'on peut, après avoir récliné sous une compresse l'intestin, attirer à la plaie.

Le boudin est agglutiné par des brides de fibrine, il continue l'intestin grêle, et va de lui au cæcum, sur une longueur de 7 centimètres ; l'extrémité droite de l'épiploon le recouvre et lui adhère. En détachant les tractus fibreux et l'épiploon, l'on voit nettement que ce boudin, alternativement renflé et rétréci, est formé par la fin de l'iléon enroulé autour de l'appendice. L'anse fait un tour et demi autour de l'appendice, elle est enroulée de bas en haut ou, si l'on veut, de gauche à droite dans le sens des aiguilles d'une montre en regardant la lésion face au cæcum.

En deux points l'intestin est très aplati ; sa lumière est complètement oblitérée. Il est renflé très légèrement entre ces points.

L'épiploon adhérait à toute la surface antéro-inférieure de ce tortillon, le fixait, et probablement a beaucoup contribué à provoquer l'enroulement en attirant de bas en haut la fin de l'iléon autour de l'appendice.

Le mésentère participait peu à la lésion. Il était seulement tendu, mais l'enroulement s'arrêtait nettement au bord adhérent du grêle.

L'appendice lui-même est rouge, turgescant, rigide ; il est uni à l'intestin par des plaques de fibrine et reste saignant, ulcéré après sa libération. Il contenait du muco-pus et un gros scyballe ulcérant la paroi à mi-distance de la pointe à la base. Il avait 9 centimètres de long. Il décrivait un *S* allongé.

Le déroulement de l'anse fut facile après résection de l'épiploon et de l'appendice, et la guérison fut obtenue sans accidents.

Dans ce cas l'obstruction paraît nettement due à l'enroulement de l'intestin autour de l'appendice ; les adhérences épiploïques ne jouaient aucun rôle à ce point de vue : après leur section l'intestin est resté enroulé ; elles n'ont pas pu donc préparer la lésion et aussi la maintenir pendant qu'elle se complétait.

Nous étudierons à propos de l'iléus provoqué par le vermium lui-même, au cours de l'appendicite chronique

d'autres modes d'occlusions. Nous pourrions peut-être, par analogie, les décrire dès maintenant en les rapportant à l'appendicite aiguë et peut-être que, dans la suite, des observations qui ont échappé à nos recherches ou qui seront publiées dans un temps plus ou moins éloigné, viendraient donner raison à cette pathogénie pour ainsi dire préhistorique.

Nous ne nous laisserons pas tenter, laissant à de futurs observateurs le soin de les décrire en s'appuyant sur des faits sachant bien qu'en médecine, aucune théorie, si séduisante soit-elle et si bien échafaudée, ne vaut et ne vaudra la simple constatation *in anima vili* des choses que l'on veut établir et démontrer par le raisonnement.

2° Occlusions intestinales vraies au cours d'une appendicite à évolution chronique ou consécutives à l'appendicite à rechute

L'observation du Dr Lapeyre que nous avons citée nous prouve qu'une appendicite peut évoluer sournoisement, presque sans manifestation clinique et ne se révéler que par les brusques symptômes d'une occlusion aiguë.

Au lieu de se produire au cours de l'attaque d'appendicite, l'occlusion peut arriver longtemps après la crise aiguë. Elle est due en ce cas aux adhérences occasionnées par l'infection appendiculaire, qui ont subsisté assez bien organisées pour amener sous une influence quelconque un étranglement de l'intestin dont l'étiologie sera d'autant plus difficile à diagnostiquer que la crise appendiculaire causale se sera moins manifestée cliniquement. Il sera impossible dans les cas où, comme celui de Lapeyre, l'appendicite aura été si bénigne qu'elle sera passée inaperçue du malade et de son entourage bien qu'elle ait été suffisante pour amener des lésions chroniques, causes de l'étranglement de l'intestin.

Un malade a eu une attaque franche d'appendicite, au contraire, ou plusieurs même qui se sont terminées par la guérison. Que le malade n'en ait plus jamais souffert, ou

bien qu'il ressente souvent des phénomènes douloureux s'exagérant à l'occasion d'un écart de régime, d'une fatigue ou d'un refroidissement ; ou bien enfin que de véritables crises d'appendicite se renouvellent à intervalles plus ou moins éloignés, dans tous ces cas on trouvera des lésions plus ou moins accentuées et variables qui pourront amener l'occlusion un jour ou l'autre qu'on ait affaire à des adhérences, des brides péritonéales ou épiploïques, à des abcès ou au vermium lui-même chroniquement enflammé et adhérent.

Et cette occlusion tardive à évolution aiguë ou chronique peut se produire aussitôt après la terminaison d'une crise aiguë, comme deux mois, six mois, un an après ou même beaucoup plus tardivement jusqu'à dix-sept ans dans un cas de Bérard et même cinquante ans dans l'observation de Le Fort, que nous citerons plus loin.

De plus, en abordant l'étude pathogénique de ces occlusions tardives, nous ferons remarquer que la littérature médicale est beaucoup plus riche en faits de ce genre, dont nous en avons réuni 55 observations, qu'en occlusions se produisant au cours d'une appendicite aiguë, au nombre de 20, citées précédemment.

Ne perdons pas de vue cependant que cette richesse est toute relative et que, fort heureusement pour les appendiculaires, cette épée de Damoclès d'un genre nouveau est assez rarement suspendue sur leur tête. Si notre liste d'observations est considérable, c'est que nous avons réuni, croyons-nous, toutes celles qui ont été publiées sur cette catégorie d'occlusions.

Ainsi de 1849 à 1859, si nous nous rapportons à la sta-

tistique de Duchaussoy qui paraît sérieusement faite, nous ne trouvons que 16 cas d'étranglement de cause vermiculaire ; c'est vraiment peu, même si, nous rappelant les remarques déjà faites, nous augmentions considérablement ce nombre par suite de l'ignorance de l'appendicite.

Depuis 1859 jusqu'à 1893, c'est-à-dire à une date où les méfaits de l'inflammation appendiculaire commençaient à être suffisamment connus, nous ne trouvons que 10 nouveaux cas consignés dans la thèse de Chognon. Enfin, depuis cette date et surtout à partir de 1898, le nombre des observations a été plus considérable puisque dans cet espace de quinze ans nous en avons réuni 47 autres cas. Et nous pouvons espérer que les statistiques remontant à quelques années donneront au bout d'un certain temps la moyenne très près de la réalité des occlusions vraies de cause appendiculaire, leur pathogénie étant bien connue, si beaucoup ont pu échapper autrefois ou rester douteuses, comme quelques-unes de nos observations où l'on voudrait bien avoir quelques explications supplémentaires sur la cause des adhérences, ces lacunes tenant à l'insuffisance des sources bibliographiques où elles ont été puisées et pour beaucoup à leur publication avant la notion de l'appendicite et de ses désastreux effets.

C'est à cause de ce manque de renseignements qu'au lieu de rapporter à l'iléus au cours de l'appendicite aiguë plusieurs observations de Duchaussoy insuffisamment explicites, nous les placerons au chapitre de l'occlusion consécutive à une inflammation appendiculaire guérie, ou à rechutes.

Elles augmentent le nombre de faits, très suffisants

d'ailleurs dans lesquels nous pourrions étudier les mécanismes si variés de la production de l'iléus. Nous les grouperons, en les accompagnant de quelques considérations, sous les trois variétés suivantes :

A. — Occlusions par adhérences localisées ou généralisées.

B. — Occlusions par l'épiploon adhérent.

C. — Occlusions par l'appendice lui-même.

Nous ne ferons pas de groupe à part pour les abcès n'ayant pas trouvé d'observations où ceux-ci pussent être la cause seule de l'iléus, comme au cours d'une appendicite aiguë.

A. — *Occlusions provoquées par des adhérences
ou des brides péritonéales*

Nous avons vu que l'inflammation appendiculaire amène une réaction péritonéale qui se traduit par la formation précoce d'adhérences.

Ces adhérences vont s'organiser et subsister après le processus inflammatoire qui les a produites. Comme le disent MM. Tuffier et Marchand (*Presse médicale*, 18 sept. 1902) elles sont « les stigmates indélébiles que cette inflammation grave, gangréneuse ou même bénigne laisse sur le péritoine enveloppant l'appendice, alors même que légère elle ne laisserait que peu ou pas de traces sur la muqueuse, où elle peut se circonscrire et disparaître. »

Il semble même que les appendicites d'allure le plus bénigne, dans lesquelles le péritoine ayant son summum, de vitalité réagit avec vigueur et produit un luxe d'adhé-

rences isolatrices, soient les plus exposées à provoquer ces accidents tardifs, ce que Tavel appelait au Congrès de Chirurgie de 1903 la *péricolite cicatricielle post-appendiculaire* : « les néo-productions consécutives à l'appendicite, dit-il, subissent une dégénérescence cicatricielle, se transforment en brides plus ou moins résistantes avec tendance à la rétraction ».

L'on est mal fixé sur la fréquence de ces occlusions tardives et la question est d'autant plus difficile à résoudre que l'ancienne appendicite causale est souvent méconnue à cause de sa bénignité. D'après nos observations, nous allons pouvoir établir suivant quels modes principaux se disposent et s'organisent ces adhérences pour produire l'iléus.

Leur situation dans la cavité abdominale est très variable, comme d'ailleurs la péritonite appendiculaire qui les a produites : tantôt répandues un peu partout quand la péritonite a été généralisée, mais le plus souvent localisées comme elles ; dans ce cas elles affectent de préférence la fosse iliaque droite (en rapport avec la péri-appendicite originelle) et intéressent le cæcum et la fin de l'iléon. Cette plus grande fréquence tient probablement à la terminaison moins souvent fatale des formes d'appendicite à réaction péritonéale localisée.

Quant à leurs formes on en observe deux types principaux : ou bien les adhérences sont très courtes, mais assez larges, étendues en quelque sorte en éventail surtout quand elles unissent la paroi à l'intestin, ou en plaques quand, par exemple, elles soudent plusieurs anses intestinales ; ou bien les adhérences sont étroites, généralement arron-

dies, ordinairement longues, et appelées plutôt en ce cas brides. Quoique leur épaisseur varie depuis celle d'un simple tractus filamenteux à la grosseur d'une plume d'oie ou même du petit doigt, elles sont très résistantes, souvent beaucoup plus que les adhérences, à épaisseur plutôt minime généralement.

Outre leur persistance, un autre point de leur évolution nous intéresse particulièrement : c'est leur transformation lente, mais progressive, en tissu fibro-graisseux cicatriciel avec tendance extrême à la rétraction. C'est cette propriété qui dans beaucoup d'observations sera la cause dernière de l'occlusion, comme nous allons le voir.

L'arrêt des gaz et des matières se fera plutôt lentement dans ce cas, insidieusement presque ; mais l'occlusion pourra se faire aussi très brusquement sans qu'on puisse fixer de règle absolue. Voici les principaux mécanismes :

1° Des adhérences, siégeant sur une ou plusieurs anses d'intestin, tout en leur laissant d'abord par leur laxité relative une assez grande liberté, vont, en se rétractant peu à peu rapprocher les deux parties des anses fermant l'U ou le W qu'elles formaient. Si ces adhérences ne sont pas trop éloignées de la coudure elles amèneront l'aplatissement des parois et par suite l'oblitération du conduit intestinal, d'où production de l'iléus. (Voir obs. XXII, XXIII et XXIV.)

Ce mode d'étranglement peut se compliquer de l'aplatissement d'une anse grêle introduite et immobilisée entre les branches de l'U ou du V qui vont se rapprocher par suite de la rétraction des adhérences les reliant.

Dans les deux observations XXV et XXVIII du D^r Martin

nous verrons que le cæcum est fixé à la fin de l'iléon par des adhérences engainant aussi l'appendice : ils sont accolés comme les deux canons d'un fusil dont l'appendice serait la baguette.

Quelquefois c'est un abcès enkysté qui, logé entre les deux branches de l'anse intestinale repliée en V, va amener l'occlusion plus promptement en aplatissant les parois intestinales que la rétraction des adhérences aurait coudé plus tardivement ou incomplètement peut-être. (Voir observation. XXV et XXVI.)

Enfin une adhérence peut fixer à la paroi ou à un organe abdominal une anse d'intestin et, la coudant, occasionner l'arrêt des matières et des gaz par le mécanisme de l'*éperon* de Dupuytren, ou *promontoire* de Scarpa, faisant valve obturatrice entre le bout afférent et le bout efférent.

OBSERVATION XXII (*Résumée*)

(G. Marion. — *In* thèse Folliot.)

Un jeune garçon, âgé de dix-huit ans, entre le 19 septembre 1900 à l'hôpital Broussais pour une constipation absolue et rebelle ayant débuté douze jours avant son entrée. Le malade avait été opéré, en juillet dernier d'appendicite. Son état fait penser à une occlusion intestinale ou à une péritonite généralisée.

Je pratique dès le 29 janvier une intervention qui semble nettement indiquée. La laparotomie médiane me montre que contrairement à ce que faisait prévoir la percussion de l'abdomen, il n'existait pas trace de liquide et que la matité obtenue devait être mise sur le compte de la distension extrême des anses intestinales.

Celles-ci étaient rouges, excessivement distendues. Mais, avant

d'arriver au cæcum, l'intestin grêle reprenait un calibre normal. Entre les deux portions distendues et applaties existait une masse formée par un amas d'anses repliées et collées entre la fosse iliaque droite. Je dégageai ces anses entre lesquelles il existait un peu de pus. Le cæcum était libre et à sa partie interne existait un épaissement, trace de la résection de l'appendice. Je terminai l'opération par un drainage et la fermeture partielle de l'abdomen.

Le malade alla à la selle le soir même de l'opération. Il vomit encore pendant quelques jours en même temps que le drain abdominal donnait issue à une quantité notable de pus. L'amélioration fut cependant rapide et le 10 octobre le malade était complètement guéri.

OBSERVATION XXIII (*In extenso*)

(*In thèse Coittier.*)

J... Léon, trois ans, entré salle Denonviliers le 2 décembre 1897 pour une appendicite. On intervient le 13 décembre. Les suites opératoires sont bonnes ; la guérison cependant est retardée par une petite fistule stercorale, au niveau du fil de la suture. Exéat, guéri le 18 janvier.

Revenu dans le service le 1^{er} juillet 1898, deux jours avant l'entrée, vives douleurs dans le ventre. Depuis, aucune émission de gaz par l'anus ; le vendredi un lavement est rendu presque intact. A l'entrée, vomissements bilieux noirâtres, ventre peu douloureux, assez souple, pas de douleur localisée, submatité dans la fosse iliaque droite, facies péritonéal.

Opération faite le soir à 6 heures ; pensant à une récidence au niveau de l'appendice on fait une première incision un peu au-dessous de l'ancienne, un peu de sérosité dans le péritoine ; cæcum sain.

Deuxième incision médiane qui permet de trouver dans la fosse iliaque droite par la palpation (l'intestin n'est pas dévidé) une anse intestinale figurant un V dont les branches sont accolées à leurs extrémités par une double bride qui est sectionnée. Suture de la paroi ; sérum.

Suites : le cours des matières et des gaz ne s'est pas rétabli ; vomissements nettement fécaloïdes, mort le lendemain matin.

Autopsie. — Pas d'autre étranglement, mais, derrière le côlon et le cæcum, un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles. Au niveau du cæcum, on retrouve la surface de section de l'appendice absolument intacte.

OBSERVATION XXIV (*Résumée*)

(Broca. — *Leçons Cliniques.*)

Appendicite. — *Occlusion intestinale tardive par brides.*

Garçon, treize ans et demi. Résection de l'appendice en décembre 1897 puis, le 29 juin 1898, de vives douleurs abdominales avec arrêt complet des matières et des gaz. Amené dans un état très grave à l'hôpital Trousseau le 1^{er} juillet à 3 heures de l'après-midi.

Le chirurgien de garde, M. Arrou, pensant qu'il s'agissait d'accidents récidivant dans l'ancien foyer, incise sur la cicatrice iliaque. Cæcum sain. On recoud immédiatement et laparotomie médiane qui permet de trouver dans la fosse iliaque droite une anse grêle coudée en U par une double bride du bord mésentérique. Section de ces brides. L'occlusion persiste et l'enfant meurt le lendemain matin.

A l'autopsie, un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles, derrière le cæcum et le côlon ascendant.

OBSERVATION XXV (*Inédite*)

Fixation de l'angle iléo-cæcal en canons de fusil par une appendicite chronique. — *Entéro-anastomose latéro-latérale.*

Un enfant de sept ans, des Rairies, souffre du ventre et spécialement de la fosse iliaque droite depuis un an ; le confrère qui le traite a fait le diagnostic, fin 1905, d'appendicite,

Depuis, la santé ne s'est jamais rétablie : l'enfant est maigre,

languissant, pâle, sans appétit ; son facies fait craindre une diathèse cachée ; tuberculose ou cancer.

L'attention est spécialement attirée par les troubles intestinaux qui sont de trois ordres :

1° Des phénomènes douloureux toujours plus marqués et souvent localisés à droite ;

2° Des crises de constipation avec ballonnement et dureté du ventre, même des nausées ;

3° La présence d'une tuméfaction, peu nette, d'une induration plutôt de la fosse iliaque droite.

Les autres appareils ne donnent aucun renseignement.

Est-ce :

1° De la péritonite tuberculeuse avec adénopathie de la fosse iliaque droite ou avec lésions bacillaires plus développées sur le cæcum : c'est le plus probable bien qu'aucune adénopathie superficielle, aucun accès fébrile, aucune diarrhée, aucun signe stéthoscopique pleural ou pulmonaire ne viennent confirmer cette hypothèse ;

2° De l'occlusion chronique due à des lésions consécutives à l'appendicite diagnostiquée en 1905 ; on peut l'espérer sans l'affirmer d'une façon certaine.

Une laparotomie exploratrice est proposée et acceptée.

Opération le 5 avril 1907. — Ayant profité d'une époque de rémission, l'intestin bien vidé par un laxatif et des lavements, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Un placard d'adhérences et le grand épiploon par son bord inférieur cachent l'angle iléo-cæcal.

L'épiploon est récliné, lié et réséqué, puis les adhérences sont détruites suffisamment pour pouvoir explorer cette région.

L'iléon se termine parallèlement au cæcum : les deux portions d'intestin sont accolées comme les deux canons d'un fusil double et l'on s'expose à les déchirer en voulant les séparer, c'est une véritable symphyse (Voir fig. 1) (1). La paroi infé-

1. Cette figure et les trois autres reproduites dans notre thèse sont dues à l'obligeance et au talent de notre collègue et ami le Dr Leroy.

rière du grêle est particulièrement aplatie le long du cæcum.

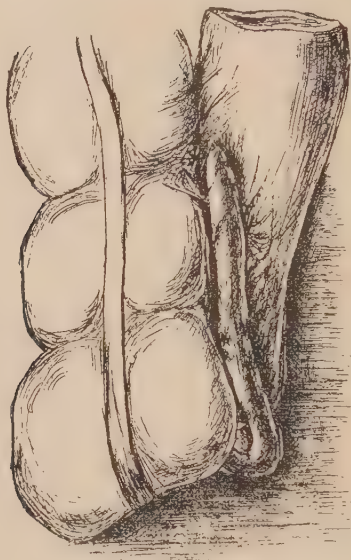


FIG. I

Dans la rainure iléo-cæcale est logé l'appendice petit, rattaché, sclérosé ; on le sculpte plutôt qu'on le détache ayant peine à arriver près de son insertion réelle ou supposée au cæcum. Une ligature enfouie sous un point en bourse le libère.

Les symptômes observés sont donc bien dus à l'obstacle qu'apportent au passage iléo-cæcal des matières, l'accolement, la fixation en mauvaise position du bout du grêle et du gros intestin.

On peut y remédier de trois façons :

1^o Ou bien disséquer les bouts intestinaux et les libérer ; la méthode paraît difficile, donnera des surfaces intestinales cruentées destinées à s'accoler à nouveau ; même la perforation de l'intestin est probable ;

2^o Ou bien réséquer la masse iléo-cæcale et faire sur le côlon ascendant fermé en bourse une anastomose termino-latérale du grêle.

Cette résection paraît possible, le côté externe du cæcum est en effet libre, ainsi que le grêle à quelques centimètres de l'angle iléo-cæcal. Mais cette intervention est grave chez un enfant affaibli, assez longue : aussi, malgré son caractère de cure radicale, leur préfère-t-on

3^o Une simple anastomose latéro-latérale du grêle avec le côté interne du côlon ascendant au-dessus de la portion accolée du cæcum et de l'iléon. Cette ouverture est faite, longue de 4 centimètres, pour être largement suffisante.

Suites opératoires. — Guérison rapide. Il a des selles spontanées dès le quatrième jour.

Dans cette observation manque la constatation de la valvule de Bauhin et de l'orifice iléo-cæcal, examen que l'on aurait pu faire si l'on avait tenté la résection. Mais la sécurité donnée à l'intervention en se contentant d'une simple entéro-anastomose ne permit pas de satisfaire ce désir, de connaître le mécanisme exact de l'obstruction dans ce cas d'accollement et de fixation en mauvaise position de l'angle iléo-cæcal.

OBSERVATION XXVI (*Résumée*)

(Delbet. — Congrès de Chirurgie, 1903.)

Enfant de six ans a une crise appendiculaire très grave. Opération refusée. L'enfant guérit. Depuis, alimentation défec-tueuse, lientérie, vomissements.

Six ans après, le 20 mars 1902, seconde crise. Température, 37° 5. Pouls 110. On suppose une infection par anaérobies, et, dans la crainte de la gangrène insidieuse, le D^r Delbet intervient immédiatement.

Première opération. — Le 24 mars, appendice congestionné compris dans une gangue d'adhérences anciennes. Une goutte de pus appendiculaire tombe sur la paroi et est la cause presque certaine d'un phlegmon gazeux de cette paroi, phlegmon qui s'est développé dans les deux ou trois jours suivant l'intervention et qui a cédé rapidement aux injections d'eau oxygénée.

Du 30 mars au 31 avril, état satisfaisant. Le 10 mai, sans

cause, l'enfant se met à vomir ; le 11, il ne peut rien prendre. Par l'anus, il ne rend ni gaz, ni matière ; on donne des lavements à l'huile de ricin sans rien obtenir, le ventre se ballonne, les vomissements sont fréquents, la température tombe à 36 degrés.

Deuxième opération. — Le 12 au soir, je décide l'intervention ; le 13, j'opère ; je rouvre ma première incision et je l'agrandis ; je dégage le cæcum et les 10 derniers centimètres d'iléon ; je tombe en dedans de celui-ci sur une masse confuse. En décollant l'intestin de proche en proche, je me rends compte qu'il y a trois anses intestinales qui, montant et descendant verticalement, sont accolées en formant un W dont les branches seraient en contact immédiat, le tout collé sur le détroit supérieur. Il existe là des adhérences fibreuses excessivement dures ; je les dégage à grand'peine et finis par libérer 35 centimètres d'intestin. Pendant ces manœuvres, la musculuse est déchirée en nombreux endroits, mais la muqueuse est intacte. Dans la concavité d'un coude intestinal, je trouve de plus un abcès gros comme un œuf de pigeon, je l'évacue, je répare au surjet la musculuse en trois points.

Dans un quatrième point, il existe une dénudation de la muqueuse longue de 3 centimètres, comprenant les deux tiers de la circonférence de l'intestin ; je ne puis l'oblitérer. L'opération a duré déjà une heure et demie, faire une entérectomie, c'est tuer le malade. J'abandonne l'anse et draine.

En somme, il y avait là deux lésions : des adhérences anciennes expliquant la dyspepsie chronique, un abcès qui avait provoqué l'occlusion.

Le malade, excessivement bas aussitôt après l'intervention, se relève peu à peu grâce aux injections de sérum, de caféine, à l'absorption de grogs ; le pouls incomptable le lundi 13 à midi est à 200 à 2 heures, à 190 à 4 heures, à 160 à 7 heures ; le mardi, le matin à 140, le soir à 120 ; le mercredi à 100. La température a oscillé autour de 37° 5. Le malade a rendu des gaz le mardi.

Pendant une dizaine de jours l'enfant alla bien, puis les crises réapparurent. Deux heures environ après le repas, la malade

se sentait pris de douleurs violentes dans le bas-ventre, l'intestin se contractant avec violence dessinait ses anses à travers la paroi ; la crise se terminait par un vomissement. Toutefois les selles n'étaient pas interrompues et les gaz circulaient. Cet état persista pendant deux mois rendant l'alimentation très difficile ; l'enfant était d'une maigreur squelettique, on sentait un empâtement diffus dans le flanc droit. Il était évident que les anses décollées avec tant de peine s'étaient en partie réagglutinées.

Je fus sur le point de rouvrir le ventre une troisième fois. M. Quénu, rappelé en consultation, déconseilla l'intervention et, en effet, les accidents s'amendèrent peu à peu si bien qu'au commencement de juillet le malade était complètement guéri. Je l'ai revu au moment du Congrès. Non seulement les accidents post-opératoires ont disparu, mais, en outre, le malade est guéri de ces crises qui avaient retardé sa croissance ; il est grand, fort et bien portant.

OBSERVATION XXVII (*Résumée*)

(Marion. — *Gazette des Hôpitaux*, 1905.)

Appendicite opérée, occlusion par adhérences

Joseph L..., dix-huit ans, entre le 19 septembre 1900, à l'hôpital Broussais pour une constipation absolue depuis douze jours. Depuis quatre jours vomissements alimentaires, bientôt fécaloïdes et violentes douleurs. Température 37° 4, pouls 148, facies péritonéal, ventre ballonné ; submatité dans les flancs cicatrice d'une opération d'appendicite, datant du mois de juillet et suivie de très bons résultats.

Laparotomie médiane. Pas de trace de liquide, anses intestinales rouges, très distendues. Avant d'arriver au cæcum, l'intestin grêle reprenait un calibre normal. Entre les deux portions distendues et aplaties existait une masse formée par un

amas d'anses repliées et collées contre la fosse iliaque droite. Entre les anses un peu de pus.

Le cæcum était libre et, à sa partie interne existait un épaississement, trace de la résection de l'appendice. Lavage, drainage, fermeture partielle, guérison.

OBSERVATION XXVIII (*Inédite*)

Obstruction intestinale à allure chronique due à une appendicite méconnue chez un enfant de onze ans

Le nommé B..., âgé de onze ans, m'est adressé par le Dr B..., de Pouancé.

Le malade n'a été observé que huit jours par mon confrère : il est resté près de trois mois sans être soigné malgré un état assez inquiétant. Voici ce que racontent les parents : au début de juillet 1907, l'enfant, jusque-là bien portant, a dû s'aliter pendant quelques jours, souffrant de coliques, accompagnées de vomissements. En essayant de préciser les manifestations de ces premiers jours, on peut établir qu'il s'agissait d'une poussée d'appendicite aiguë, apaisée spontanément en quelques jours.

En effet : les coliques, bien que généralisées à tout le ventre, ont débuté à droite et ont persisté ; ce côté est encore le plus douloureux. Il y a eu de la fièvre, quelques vomissements, arrêt des matières pendant trois ou quatre jours, un ventre tendu et gros.

Avec la passivité habituelle des paysans — espérant que ça allait se passer — les parents laissèrent la crise évoluer, sans la troubler heureusement. Au bout de la semaine l'enfant était levé amaigri, endolori, le ventre dur, sensible, sans appétit, très constipé.

Depuis ce moment l'amaigrissement a beaucoup progressé ; l'enfant est pâle, les traits tirés, il souffre continuellement du ventre et a presque chaque jour des crises très douloureuses.

On a remarqué que ces coliques plus intenses à droite s'accompagnaient de production de grosseurs mobiles et visibles à

travers la paroi abdominale amincie ; parfois elles sont suivies d'une garde-robe ou de l'émission de gaz. Ces évacuations soulagent beaucoup le petit malade, mais elles sont rares et la constipation opiniâtre persiste jusqu'à une semaine. On a remarqué que les lavements donnaient peu de résultat ; ils provoquent des épreintes. A plusieurs reprises des glaires sanguinolentes ont été évacuées. L'enfant ne mange presque plus, il a souvent des nausées, il s'affaiblit de plus en plus.

A l'examen, mon confrère trouve dans la région ombilicale une tumeur arrondie, molle, élastique du volume du poing, sonore à la percussion. Cette tumeur grossit et durcit au moment des paroxysmes douloureux.

Dans le reste de son étendue, le ventre est dur, mais peu ballonné.

Après une semaine d'observation, l'essai de laxatifs, le malade m'est envoyé.

Je constate la tumeur ombilicale, avec ses caractères, l'état presque cachectique de l'enfant. Dès la première nuit de son séjour à la clinique, les crises douloureuses existent ; la température de 37°5, le pouls à 110, les urines rares ; la constipation rebelle complètent le tableau.

Les trois diagnostics suivants sont proposés : péritonite tuberculeuse, invagination chronique, ou lésions péritonéo-intestinales consécutives à une appendicite et entravant les fonctions de l'intestin. Ce dernier diagnostic apparaît comme le plus probable sans être cependant affirmé. Il est indiqué en tout cas de faire une laparotomie exploratrice.

Opération le 17 septembre 1907, en présence des D^{rs} Rousseau et Hardouin.

Le matin de l'opération j'ai la surprise de constater la disparition absolue de la tumeur ombilicale ; par contre, la fosse iliaque droite, sentie libre dans les examens précédents, est occupée par un plan résistant, mal limité, douloureux, roulant sous les doigts et pouvant être mobilisé vers le foie.

Cette disparition de la tumeur ombilicale et cette constatation d'une large induration iliaque éclaire notre diagnostic plutôt qu'il ne le gêne, et nous pensons devoir trouver un

cæcum modifié dans sa consistance et sa position par des reliquats d'appendicite, et pouvant osciller de l'ombilic à la fosse iliaque.

Cette mobilité de la tuméfaction était d'ailleurs signalée dans les anamnestiques.

Incision médiane sus-ombilicale et para-ombilicale ; cette région est d'abord explorée du doigt et de l'œil, sans rien trouver d'anormal.

Dans la fosse iliaque droite, le doigt rencontre un gros cæcum, induré, faisant tumeur, qui, mobilisé veut faire hernie entre les lèvres de la plaie.



FIG. 2

L'aspect du cæcum est très spécial : il est fort volumineux, distendu, les parois épaissies paraissant avoir, prises entre deux doigts, 1 bon centimètre d'épaisseur. Elles sont comme cartonnées, iufiltrées, friables et recouvertes d'un enduit blanchâtre presque complet ; cet enduit est formé de fausses membranes couenneuses, lardacées se détachant de la paroi intestinale, qu'elles épaississaient, en laissant une surface saignante. Cette coque de fausses membranes coude très manifestement

le cæcum à deux endroits d'abord au niveau de l'angle iléo-cæcal ; le grêle vient s'ouvrir dans le cæcum sous un angle aigu à sommét inférieur presque parallèlement aux gros intestin. Cet angle est fixé, immobilisé ; entre le cæcum et l'iléon vient s'enfoncer l'extrémité de l'appendice et y adhérer. L'appendice, dans son ensemble gros comme un crayon, rouge, vascularisé, passe en avant de l'angle iléo-cæcal, collé par des plaques d'adhérences et détermine le long de son trajet un sillon profond qui tend à rétrécir l'orifice iléo-cæcal. L'appendice et ces détails ne sont d'ailleurs nettement vus qu'après la recherche et la dissection des lésions péri-cæcales. Ces adhérences font également un coude brusque au côlon ascendant vers son origine et le rétrécissent.

Les lésions constatées sont donc : une appendicite chronique avec adhérences, fausses-membranes en voie d'organisation fibreuse, de péritonite iléo-cæcale.

Ces adhérences ont immobilisé la paroi de l'intestin, l'ont cartonnée, épaissie, elles coudent et rétrécissent l'angle iléo-cæcal et l'origine du côlon ascendant, et expliquent très bien l'occlusion chronique dont souffrait le malade. Le cæcum est plein de matières.

Il est très curieux de noter que le péritoine pariétal est presque indemne, le cæcum, devenu un sac à parois rigides est facilement mobilisable ; il a été attiré entre les lèvres de la plaie opératoire médiane ; l'examen l'a montré avant l'opération montant de la fosse iliaque à l'ombilic ; il n'y avait aucune lésion d'épiploïte.

L'intervention consista dans :

1^o La résection de l'appendice suivie de l'enfouissement du moignon suivant le mode habituel ;

2^o L'ablation des adhérences coudant au niveau de l'angle iléo-cæcal. L'intestin ainsi libéré avait repris sa configuration normale et même un peu de souplesse.

Les suites furent entièrement simples et le premier résultat fut la disparition immédiate et complète des coliques ; dès la première nuit, l'enfant dormit ayant la sensation, disait-il, « qu'on lui avait enlevé ce qui le gênait dans le ventre ».

Les garde-robes, aidées de laxatifs ou de lavements, devinrent régulières au bout d'une semaine ; en même temps l'appétit reparaisait et l'enfant quittait la clinique dix-huit jours après, ayant déjà meilleur aspect et revenant de jour en jour à la santé.

Depuis, le rétablissement s'est complété, l'embonpoint a été récupéré, l'enfant est vigoureux, a des fonctions digestives parfaites.

A noter que des massages, destinés dans ma pensée à empêcher la reproduction d'adhérences au niveau des portions cæcales laissées cruentées par l'ablation des fausses-membranes ont été faits dès le quatrième jour après l'intervention, d'abord avec prudence, puis très régulièrement et à fond pendant deux mois.

Cette observation nous semble intéressante car :

1° C'est un cas net d'obstruction intestinale à la suite de péritonite adhésive d'origine appendiculaire ;

2° L'appendicite causale n'avait pas semblé de grande intensité et avait évolué assez sournoisement pour ne pas motiver un examen médical à ce point de vue ; il faut faire cependant la restriction du milieu familial.

3° La lésion était exclusivement péri-intestinale avec intégrité presque complète du péritoine pariétal ;

4° L'appendice lui-même pouvait être considéré comme agent d'étranglement, il rétrécissait l'orifice iléo-cæcal.

OBSERVATION XXIX (*Résumée*)

(Par M. Lèques, médecin-chef de l'hôpital militaire de Perpignan.)

M... Emile, jeune soldat, est opéré pour une occlusion intestinale à débuts anormaux, consécutive à une appendicite ancienne.

Opération le 20 février 1904. — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane de l'ombilic au pubis. Elle ne nous dévoile aucun signe de péritonite. Les anses de l'intestin grêle qui se montrent à nous sont légèrement injectées, mais non

distendues. Le cæcum, ratatiné et de couleur gris-blanchâtre, adhère étroitement à la paroi, surtout au voisinage de son abouchement avec l'intestin grêle. Celui-ci apparaît aussi aplati vers sa terminaison, et sa partie affaissée va bientôt se perdre au-dessous de plusieurs anses enchevêtrées ; en les soulevant pour les explorer *in situ*, nous voyons que deux d'entre elles sont reliées par une très courte bride fibreuse en un point situé dans la profondeur vers la ligne médiane. Dans l'angle formé par ces deux anses, et contre la bride, se trouve enserrée et écrasée une troisième anse ; pour la libérer on est obligé de mettre hors de l'abdomen toute la portion enchevêtrée : la bride est alors sectionnée d'un coup de ciseaux. Le segment compris entre le point où elle siégeait et le cæcum mesure environ 1 m. 50. Quelques malaxations suffisent pour lui redonner son calibre normal. Cela fait, et la masse viscérale remise en place, nous constatons que le cæcum reste notablement gêné dans son expansion par suite de l'étendue de ses adhérences qui embrassent presque toute sa demi-circonférence antérieure et la tiennent fortement appliquée contre la paroi, surtout vers la région appendiculaire. Nous jugeons indispensable de le libérer par une série de petits coups de ciseaux donnés très prudemment, la pointe de l'instrument toujours dirigée vers la paroi dans laquelle elle sculpte pour ainsi dire. Dès que la moitié des adhérences environ sont sectionnées, le cæcum reprend sa forme et sa distention normale. Une fois cette dissection laborieuse terminée, pour empêcher, les deux surfaces légèrement cruentées de se ressouder nous plaçons entre elles une compresse de gaze aseptique imbibée d'eau bouillie chaude, puis nous refermons l'abdomen, laissant émerger une des extrémités de la compresse. Pansement.

Les suites opératoires furent bonnes. Dès le surlendemain il y eut émission de gaz et, dans la nuit, de quatre selles spontanées pâteuses.

La plaie est guérie le 27 février et le malade est complètement rétabli dès le 10 mars.

OBSERVATION XXX (*Inédite*)

*Obstruction intestinale d'origine appendiculaire ayant
nécessité une résection du cæcum*

M^{me} R..., d'Angers, âgée de quarante-sept ans, est malade depuis huit mois, on ne trouve antérieurement aucun commémoratif intéressant.

Le début de cette maladie semble être une appendicite ; cette attaque d'intensité moyenne a nécessité un séjour au lit de deux semaines environ et, depuis, la malade souffre toujours à droite ; elle a maigri, perdu des forces, et elle sent une masse assez volumineuse à droite. Les selles ont été régulières, faciles même jusqu'à ces derniers temps.

Une nouvelle alerte survient en juillet 1907, il y a ébauche d'occlusion intestinale ; ce n'est qu'au bout de six jours que les matières reprennent leur cours, aidées d'un purgatif.

Je vois la malade le 25 juillet.

De nouveau il y a début d'occlusion, les gaz et les matières sont arrêtées depuis quarante-huit heures, quelques nausées se manifestent avec un peu d'accélération du pouls, le ventre est dur, globuleux, les anses intestinales roulent sous la peau pendant les coliques, et luttent contre l'obstacle.

Dans la fosse iliaque on sent un boudin dur, allongé, comme le cæcum, légèrement mobile dans tous les sens douloureux pendant cet examen. Il n'y a pas de température. Le troisième jour un lavement purgatif amène la débâcle, l'on peut alors mieux explorer la fosse iliaque et prendre connaissance de la tumeur cæcale. Le diagnostic probable est : Lésions d'appendicite chronique ayant provoqué deux attaques d'occlusion.

Mais l'on émet aussi l'hypothèse d'un cancer du cæcum, étant donné l'état de faiblesse, d'amaigrissement, presque de cachexie de la malade.

Cependant pour le cancer manquent : les ganglions à distance, les diarrhées et selles glaireuses ou sanglantes, l'ascite (rare, il est vrai, dans le cancer de l'intestin) ; il y avait égale-

ment contre : l'âge de la malade, le volume relativement considérable de la tuméfaction.

Il existe des cas de cancers dont l'ulcération infectée a causé de l'appendicite ce qui n'est pas pour faciliter le diagnostic.

Profitant de l'acalmie qui suit la débâcle, une opération est tentée le 29 juillet 1907.

Intervention. — Incision dans la fosse iliaque droite directement sur la tumeur qui fait un relief notable et soulève la paroi abdominale des fausses côtes à l'arcade de Fallope. L'incision, longue de 15 centimètres découvre la tumeur.

Celle-ci est formée par le cæcum et l'iléon parsemés de fausses membranes et recouverte de l'épiploon ; cet ensemble forme un magma inextricable d'ailleurs et même, le ventre ouvert, le diagnostic cancer ou appendicite, ou tuberculose reste indécis.

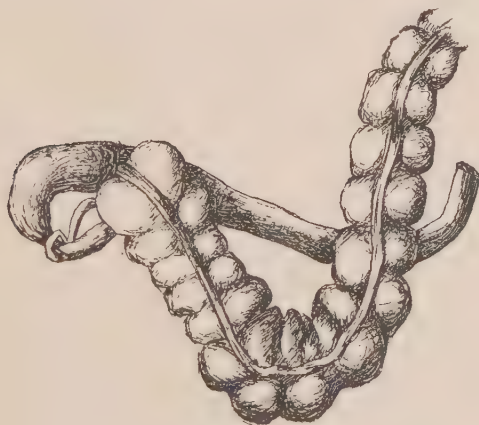


FIG. 3

Je procède par ordre :

1^o Libération et résection de presque tout l'épiploon qui, largement adhérent par surfaces étendues avec la tumeur, est enfin séparé, puis ses moignons sont cachés sous des compresses ;

2^o Recherche des bouts intestinaux au milieu des adhérences.

Ce fut le temps le plus laborieux à cause : a) de la complexité et de l'abondance des fausses membranes organisées autour de l'intestin ; b) d'une disposition spéciale du côlon ascendant : celui-ci, en effet, présentait son extrémité supérieure, l'angle droit du côlon transverse par conséquent dans la fosse iliaque droite et simulait à s'y méprendre le cæcum ; de là le côlon remontait parallèlement au côlon transverse abaissé, vers la région hépatique et se terminait à mi-chemin par le cæcum. C'était donc au point de vue direction un côlon descendant plutôt que ascendant.

Le cæcum lui-même semblait être l'angle hépatique du côlon dont il occupait la place.

Ce premier point élucidé, on vit que l'intestin grêle suivait un trajet embarrassant : il passait d'abord sous le côlon ascendant (angle hépatique abaissé) et y adhérait, il paraissait aussi s'y perdre comme dans le vrai cæcum.

On put cependant l'en séparer et le suivre jusqu'au vrai cæcum.

Là encore, après libération laborieuse du grêle absolument noyé et masqué par les reliquats inflammatoires péritonéaux on voit l'intestin passer derrière le cæcum et se jeter sur la paroi extérieure. Mais remarquez que ce cæcum est retourné fond en l'air ; par conséquent l'angle iléo-cæcal doit bien être sur cette partie externe, qui, une fois le cæcum rabattu et remis en position normale iliaque redeviendrait interne. D'ailleurs la détermination exacte de l'angle iléo-cæcal ne fut évidente qu'après un long travail pendant lequel on trouva l'appendice lui-même presque méconnaissable qu'on repéra grâce à la lumière de son canal, ouvert en déchirant des adhérences.

Cet appendice entourait d'un anneau presque complet la fin du grêle et ne laissait libre qu'un étroit calibre à peine suffisant pour laisser passer le doigt (ce qui fut vérifié ensuite sur la pièce, qui fut présentée à la Société de Médecine d'Angers).

3° Résection de l'appendice.

L'appendice, très friable, fut détaché du grêle et sectionné.

Après une telle exploration les parties intestinales parurent très compromises dans leur vitalité, spécialement la fin de

l'iléon s'abouchant à angle très aigu sur le côté du cæcum, rétréci et gardant le sillon de l'appendice, son revêtement péritonéal en lambeaux.

Malgré le désir d'abréger l'intervention, la résection des parties intestinales compromises s'imposait.

4° Résection iléo-cæcale.

Cette résection fut faite de la façon suivante : Après coprostase, le cæcum et le côlon ascendant furent réséqués jusqu'à l'angle hépatique du côlon transverse, situé, comme on l'a dit, très bas sur la symphyse sacro-iliaque droite en excellente position pour devenir un néo-cæcum. Une suture en bourse enfouie dans un surjet séro-musculaire ferme le gros intestin.

Une résection du grêle, à distance des parties lésées, libère la pièce iléo-cæcale et enfin une anastomose côlon-iléale termino-latérale finit l'intervention. Durée, une heure et demie.

A la fin de la résection en détachant le cæcum du plan profond, on rencontra du pus; quelques gouttelettes seulement au milieu d'adhérences pariéto-cæcales, mais le pus épais, verdâtre, mal odorant, paraissait encore très virulent. Cette fâcheuse rencontre fit beaucoup craindre pour le résultat opératoire.

On tenta de pallier les conséquences possibles d'infection en péritonisant le champ opératoire grâce à des surjets pariéto-intestinaux et en fixant autour de l'anastomose les débris de l'épiploon attirés dans la région.

De plus, on draina largement le foyer opéré, ainsi isolé, du mieux possible, de la cavité péritonéale. On fit une contre-ouverture lombaire.

Suites opératoires. — En effet, une infection locale évolua qui, heureusement, ne franchit pas les barrières établies par le drainage et les surjets de péritonisation. La feuille de température montre les péripéties de cette lutte, dont on eut la fin grâce à des lavages répétés à l'eau oxygénée tant par le drain lombaire que par la plaie antérieure.

Une fistule intestinale survint même le cinquième jour et dura quinze jours; comme il arrive, cette fistule d'abord abon-

dante finit par se tarir complètement et depuis plusieurs mois aucune matière n'est venue souiller la plaie.

Actuellement la malade est dans l'état suivant : une fistule purulente persiste par la plaie antérieure, elle a 7 centimètres de profondeur et se dirige obliquement vers le détroit supérieur du bassin.

De temps en temps une poussée inflammatoire indique que l'infection n'est pas éteinte, que peut-être même des clapiers restent au fond du trajet fistuleux, et qu'il faudra probablement intervenir un jour ou l'autre pour drainer et évacuer ces foyers infectieux.

Cette intervention a été différée jusqu'à présent parce que, en dehors des aléas qu'elle comporte, on laisse la malade récupérer ses forces et se rétablir peu à peu.

En effet, malgré ces accès de fièvre, la malade engraisse, a un bon appétit, souffre peu, dort bien, a des garde-robes spontanées et régulières et voit sa santé si compromise se raffermir progressivement.

Nul doute que sans l'existence de ce foyer purulent mal éteint d'appendicite, rencontré au cours de l'intervention, la guérison serait déjà obtenue de façon complète.

2° L'iléus peut être produit par les brides péritonéales tout comme par les adhérences, ou bien, d'autres fois par un mécanisme un peu particulier :

Une bride, formée entre deux anses grêles en aplatit une troisième intermédiaire (obs. XXXI), ou bien, serre l'iléon (obs. XXXII et XXXIII) ou bien, fixée à la paroi du bassin, coude sur elle une anse grêle (obs. XXXIV et XXXV). Elle peut former un anneau enserrant une anse grêle (obs. XXXV).

OBSERVATION XXXI (*Résumée*)

(*In thèse Blanc.*)

Thérèse X..., douze ans, entre le 24 janvier 1900 à la maison Dubois.

Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires.

Depuis six mois, mal dans le ventre du côté droit, un peu de constipation. Le 21 janvier elle est prise d'une douleur violente, en barre, dans le ventre. Vomissements alimentaires.

La suppression absolue des selles, malgré les lavements, jointe à l'absence des gaz et à ce symptôme important que la malade rend toujours ce qu'elle prend, font penser à une occlusion possible et décident à une intervention d'urgence, le 26 janvier.

Opération. — Sous le chloroforme, on remarque une voussure et un empâtement à gauche de l'ombilic. Le ventre ouvert, on s'aperçoit que c'est le côlon transverse rempli de matières fécales qui donne cette expression de voussure et d'empâtement dont nous venons de parler. L'intestin grêle est complètement revenu sur lui-même, comme aplati et cela, dans toute son étendue, jusqu'à l'embouchement de l'intestin grêle dans le cæcum.

On se demande s'il ne s'agit pas d'un étranglement très élevé, duodénal, par exemple : on cherche de ce côté, on ne trouve rien. On déroule l'intestin grêle et à un doigt ou deux de l'appendice on aperçoit une bride fibreuse qui va d'une anse grêle à une autre anse grêle et qui aplatit fortement, mais sans faire le tour, une anse intermédiaire aux deux anses précédentes.

Cette constatation permet aussitôt de se rendre compte ;
1° du passage signalé les jours précédents de quelques gaz ;
2° de l'absence de sphacèle de l'intestin qu'il craignait de rencontrer eu égard à la date déjà relativement éloignée du début de l'accident.

Quoi qu'il en soit, on sectionne cette bride et on cherche

par mesure de précautions l'appendice. On trouve quelques traces de péritonite du cæcum et l'appendice lui-même est un peu rouge, un peu vascularisé.

Cette remarque est intéressante car elle permet de supposer que, peut-être, une poussée de péritonite péri-appendiculaire a été l'origine de la bride qui a déterminé l'occlusion.

Suites opératoires très bonnes, guérison sans incident.

OBSERVATION XXXII (*Résumée*)

(Broca. — *Leçons cliniques.*)

Appendicite. — Occlusion tardive par brides

Enfant opéré le 25 juillet 1898. Santé excellente. Subitement pris le 19 février 1899 d'accidents aigus d'occlusion avec vomissements vite fécaloïdes, et arrêt des matières et des gaz. Température 37° 9. Apporté le 23 février à l'hôpital Trousseau dans un état déplorable. Laparotomie médiane. Une bride serrait l'iléon à sa jonction avec le cæcum. Section entre deux ligatures. Les matières reprennent leurs cours, mais l'opération était trop tardive, l'enfant meurt au bout de quelques heures.

OBSERVATION XXXIII (*In extenso*)

(*In thèse Coittier.*)

Pierre J..., dix ans, entré salle Legendre le 23 février 1899. A été opéré d'une appendicite le 23 juillet 1898, par Blum.

A un an de là, un dimanche soir, l'enfant a été pris de coliques violentes par crises ; constipation absolue depuis le dimanche 19 février, aucune émission de gaz. Soigné dès le dimanche, a un peu de fièvre, 38 degrés.

Amené à Trousseau le 23 février 1900, contractions intestinales violentes. L'enfant a été traité par des purgatifs salins, des lavements ; traitement non suivi de résultat.

A l'entrée, on constate un facies grippé, des yeux excavés ; une peau terreuse ; l'abdomen est tendu, météorisé.

Intervention immédiate le 23 février. Incision médiane sus et sous-ombilicale de 20 centimètres de long. On arrive sur l'épiploon, derrière la paroi. Introduction de la main vers la fosse iliaque droite où on sent la jonction entre les parties distendues et affaissées de l'intestin ; le tout amené au dehors, y compris les anses météorisées, protégées par des compresses, on voit une bride qui serre l'intestin grêle à sa jonction avec le cæcum : section, ligatures, réduction.

Mort le 23 février au soir.

OBSERVATION XXXIV (*Résumée*)

(Le Fort. — Société de Chirurgie de Paris, 1904.)

Double crise d'appendicite grave, il y a cinquante ans. Aucun antécédent abdominal pendant cette longue période. A l'âge de soixante-douze ans occlusion intestinale par coudures multiples de l'intestin et torsion du mésentère dues aux brides émanant de l'ancien foyer péri-cæcal. A l'intervention, on trouve l'appendice coupé en deux et le bout distal greffé sur le péritoine voisin.

Ce qui est remarquable ici, c'est l'époque extrêmement retardée des accidents et le brusque éclat, au bout d'un demi-siècle de trêve, d'un iléus mortel que l'opération permet de rattacher à une appendicite ancienne bien démontrée.

Le malade arriva à l'hôpital dans un état des plus alarmants. Régurgitations fécaloïdes, hypothermie, pouls petit et irrégulier. Ballonnement moyen, limité à la région sous-ombilicale, on ne sent pas de tumeur, douleur diffuse. Le malade n'a pas souffert du ventre depuis quarante-neuf ans (en 1852, il avait vingt-trois ans). Il avait alors été atteint, à six mois d'intervalle, de deux crises douloureuses abdominales, extrêmement violentes qui l'avaient obligé de s'aliter. La suite va démontrer que ces crises étaient en réalité des crises d'appendicite avant la lettre.

M. R. Le Fort pratique la laparotomie médiane, cæcum

vide. On voit apparaître des anses grêles affaissées et grises. On déroule l'une d'elles ; au bout de 1 mètre environ elle cesse de venir, elle tient et se dirige vers le bassin, *en se pliant en canon de fusil. Une large bride en éventail s'insère sur elle* ; la bride se bifurque et doit être sectionnée en plusieurs points et disséquée ; d'autres brides enserrrent et coudent les anses voisines et l'on reconnaît que tous ces tractus, toutes ces adhérences se dirigent de la fosse iliaque droite au petit bassin. Le cæcum porte un moignon d'appendice long de 1 cm. 5, de volume normal, effilé en pointe et qui paraît bien fermé. A 5 centimètres de là, le reste de l'appendice long de 4 centimètres, d'épaisseur normale, fermé à ses deux bouts, entièrement indépendant du moignon cæcal, est enchâssé dans une large bride péritonéale émanant du cæcum. Aucun doute ne saurait subsister ; il s'agit d'un vieux, très vieux foyer d'appendicite.

Ce n'est pas tout, l'intestin ne se dilate pas encore. Plus haut, à gauche et en arrière, l'anse aplatie s'engage dans un trou bordé par une bride épaisse qui paraît fermée par le mésentère.

D'après M. Le Fort, il s'agissait là d'une torsion en masse du mésentère et en déroulant de droite à gauche cette masse intestinale, tout semble remis en place et les anses grêles se distendent. Le ventre est refermé.

Mort le lendemain soir.

L'autopsie ne montra rien de plus que l'opération.

L'occlusion relevait donc d'un double mécanisme : coudures multiples par brides iléo-pelviennes, torsion mésentérique. La fixité de l'iléon terminal par ces brides et ces adhérences ont grandement facilité la torsion du reste mobile de l'intestin grêle.

OBSERVATION XXXV (*Résumée*)

(Broca. — *Leçons Cliniques.*)

Appendicite. — Occlusion tardive par bride

Docteur en médecine, trente et un ans. Opéré il y a quatorze

ans d'une crise d'appendicite nette. Pas de rechute, mais seulement quelque disposition à des coliques suivies de diarrhée. Pris brusquement dans la rue, le 7 juillet 1900 à 3 heures, d'une douleur atroce à l'ombilic. Le lendemain vomissements, arrêt des matières et des gaz. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve une anse grêle coudée par une bride insérée sur la paroi gauche du bassin et sous laquelle on peut passer l'index recourbé en crochet ; section entre deux ligatures, libération aux ciseaux de quelques adhérences. Une seconde bride vers la fosse iliaque droite, autour d'une anse grêle et la serrant circulairement. Suites très simples. Guérison.

3° Au mécanisme déjà décrit des adhérences ou des brides amenant l'occlusion de l'intestin pourra s'ajouter celui du volvulus : la torsion pouvant être la seule cause de l'iléus, maintenue, il est vrai, par les néoformations inflammatoires de la séreuse, ou bien n'étant qu'une des causes d'un étranglement que les brides et adhérences contribuent également à produire. (Obs. XXXVI, XXXVII et XXXVIII.)

OBSERVATION XXXVI (Résumée)

(Mordret. — *In Archives médicales d'Angers*, 20 juillet 1902.)

Etranglement intestinal par brides consécutives à une appendicite par corps étranger opérée dix-huit mois avant

M^{lle} M. G..., âgée de dix-huit ans, avait été atteinte d'appendicite au mois de juillet 1900 et opérée le 27 à la clinique du Dr Mordret fils (du Mans).

L'état de la santé reste parfait pendant plus de dix-huit mois.

Le 12 mars 1902, M^{lle} G... se trouve un peu indisposée dans la matinée. Elle déjeune cependant avec sa famille, puis est obligée de prendre le lit. Dans l'après-midi, elle se plaint de très violentes douleurs généralisées dans l'abdomen. A partir de ce jour, cessation complète de gaz et de matières. Tous les symptômes de l'iléus s'installent.

Intervention le 16. — Chloroforme d'abord, éther ensuite. Un liquide séreux s'échappe dès l'ouverture du péritoine. Les anses intestinales apparaissent très fortement congestionnées. Il dévide rapidement l'intestin grêle et il ne tarde pas à sentir un obstacle du côté de la fosse iliaque droite. Il s'agit d'une masse intestinale contenant environ 30 centigrammes d'intestin grêle. Il attire hors du ventre cette partie d'intestin, elle bascule par-dessus une bride très résistante qui l'enserme contre la paroi antérieure du petit bassin. Au niveau de la bride, les deux anses intestinales sont tordues l'une sur l'autre et l'étranglement est extrêmement serré, au point de rendre difficile l'introduction de la sonde cannelée, pour sectionner la bride. Toute la partie comprise dans l'étranglement est de couleur lie de vin et, au niveau du point de constriction, la paroi musculaire de l'intestin est à nu. Sous l'influence de lavages à l'eau très chaude, la circulation reparaît. Il fait plusieurs points de suture pour replier en dedans les parties les plus malades de la paroi intestinale.

Fermeture de l'abdomen. Comme pansements, sachets de glace sur le ventre. Immédiatement injection de sérum de 300 grammes, qu'on renouvellera toutes les deux heures. L'anesthésie a été bien supportée, mais le pouls est à peine perceptible, toutefois il remonte un peu sous l'influence du sérum et de piqûres de caféine. La température se maintient toute la journée à 37° 2. Le soir, à 6 heures, le pouls était incomptable, la respiration un peu haletante, la parole embarrassée, bien que la connaissance fût complète. Il n'a été rendu aucun gaz ; le ventre n'est pas ballonné et la mort survient sans aucune crise vers 7 heures du soir.

OBSERVATION XXXVII (*Résumée*)

(Souligoux. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1899.)

*Occlusion intestinale, par volvulus consécutif
à des adhérences dues à une appendicite ancienne*

Homme, quatre-vingt-quatre ans, occlusion intestinale depuis

trois jours. Ballonnement, petitesse du pouls, vomissements fécaloïdes, abaissement de la température.

Mort au moment où allait commencer l'opération. A l'autopsie : intestin grêle tordu sur lui-même à 6 centimètres de sa terminaison. Adhérences multiples réunissant l'intestin grêle et le côlon pelvien, au milieu desquelles se cache l'appendice. Adhérences multiples fixant solidement le côlon pelvien au détroit supérieur.

OBSERVATION XXXVIII (*Résumée*)

(M. Sacquépée.— *Bulletin de la Société anatomique*, février 1899.)

*Volvulus de la terminaison de l'intestin grêle
par péritonite chronique d'origine appendiculaire*

M. B..., quarante et un ans, entre le 13 janvier dans le service de M. le professeur Robert, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Syphilis en 1884 ; tendance marquée à la constipation. Première atteinte de coliques intestinales en avril 1898 ; en septembre, une seconde attaque plus persistante ; en décembre, une troisième, bénigne. Le diagnostic porté était celui d'appendicite.

10 janvier. — Douleurs abdominales très vives. Le 13, à l'entrée à l'hôpital, facies anxieux, péritonéal ; ventre ballonné, tendu, défense musculaire très énergique. Douleur diffuse dans tout l'abdomen, sans point douloureux fixe. Pas de selles, quelques gaz. Purgatifs répétés qui provoquent quelques selles pendant les premiers jours ; à partir du 21 la constipation résiste à tous les traitements, plus d'émission de gaz. Douleurs plus vives à gauche. Toucher rectal négatif.

A aucun moment il n'y a eu de fièvre, de hoquet, ni de vomissements. Pouls 76, très régulier. Appétit conservé, mais le malade ne mange presque pas à cause de la constipation. Aussi, amaigrissement rapide. On essaie un lavement électrique, l'eau salée ne pénètre pas dans le gros intestin, même sous une pression assez forte.

Le toucher rectal pratiqué à cette époque révèle un rétré-

cissement très prononcé à la partie antérieure de l'ampoule dans le cul-de-sac de Douglas. On rapporte cette sténose à l'existence de masses intestinales agglutinées et adhérentes entre la vessie et le rectum.

31 janvier.—Laparotomie médiane sous-ombilicale. Epiploon adhérent à la fosse iliaque droite ; il est opéré pour mettre à nu l'intestin. Les anses grêles se présentent en paquet, un peu distendues, fortement vascularisées. Des adhérences rosées, un peu résistantes, les unissent entre elles. L'appendice est fortement épaissi. Placé à cheval sur la terminaison de l'intestin grêle, il se dirige en bas et en dedans. Libération, résection entre deux ligatures.

Au-dessous, masses d'anses adhérentes. On essaie de libérer ; l'intestin se déchire au point d'insertion d'une forte bride. On suture, mais les fils coupent la paroi intestinale et ne tiennent pas. On songe à l'entéro-anastomose, mais l'affaiblissement du malade fait renoncer à cette tentative. On suture le bout supérieur de l'anse déchirée à la paroi abdominale formant anus artificiel.

L'amaigrissement progresse. Mort le 7 février.

La portion terminale de l'iléon présente à l'autopsie la disposition suivante : partant du cæcum, elle plonge en bas verticalement, décrit ensuite un tour et demi de spire en se dirigeant à gauche, les deux circonvolutions concentriques adhèrent très fortement entre elles. Au point le plus central de la spire, l'intestin plonge en arrière et en haut présentant en ce point une flexion à angle aigu sur sa direction précédente. Puis l'iléon, toujours adhérent à la portion en spire, se dirige en haut et à droite pour aller rejoindre la perforation accidentelle. A ce niveau s'insérait une forte adhérence qui allait, d'autre part, aboutir juste au niveau de l'insertion de la pointe de l'appendice.

B. — Occlusions par l'appendice iléo-cæcal

Si les adhérences et les brides péritonéales peuvent suffire à elles seules pour amener l'occlusion intestinale, elles

n'interviennent le plus souvent que comme causes secondaires en fixant ou en prolongeant l'appendice enflammé qui va être lui-même l'agent de l'étranglement.

Ce mode d'arrêt des matières et des gaz par le vernium est celui qui fut le premier et le seul connu pendant longtemps.

Les praticiens, en effet, ignorant les effets néfastes de la péri-appendicite puisqu'ils ne connaissaient pas comme entité morbide l'inflammation de l'appendice, pouvaient laisser échapper des adhérences ou brides qu'un esprit averti eût trouvé, et, en tous cas, ne pouvaient en faire le lien étiologique avec l'occlusion qu'ils avaient sous les yeux ; tandis qu'ils avaient bien vu que le vernium causait parfois des étranglements lui-même, s'ils ne connaissaient pas l'inflammation originelle qui en était la cause primordiale.

Il nous sera donc facile, d'après le grand nombre de faits réunis, d'établir une pathogénie assez complète des occlusions de ce genre.

1° Une crise d'appendicite antérieure a fait adhérer l'extrémité terminale de l'appendice soit à un organe, soit à une partie de la paroi abdominale. Une ou plusieurs anses intestinales se coudent sur cette corde tendue et rigide : soit parce qu'elles s'ectopient et ne peuvent plus reprendre leur place normale (selon le mécanisme des étranglements herniaires) retenues qu'elles sont et coudées par la bride formée par le vernium, soit que des adhérences anciennes d'appendicite ou récentes à l'occasion d'une rechute, retiennent coudée sur l'appendice fortement tendu une partie d'intestin qui s'y fixe et s'aplatit ne laissant plus passer ni

matières, ni gaz, qui pouvaient autrefois franchir ce coude non adhérent.

Nous avons relevé dix-huit cas relevant de cette pathogénie.

OBSERVATION XXXIX (*Résumée*)

(M. Monod. — Société de Chirurgie, 10 juin 1900.)

*Obstruction intestinale par appendice
chroniquement inflammé*

Femme, vingt-neuf ans, atteinte d'occlusion depuis cinq jours ; vomissements alimentaires, puis verdâtres, puis nettement fécaloïdes. Ventre distendu.

La malade souffre depuis deux mois, particulièrement dans la fosse iliaque droite, douleurs revenant par crises aiguës sans vomissements, mais avec tendance à la constipation ; un peu de ballonnement du ventre, pas de fièvre.

Depuis quatre jours, phénomènes d'obstruction. Pouls 100, langue bonne, pas de facies péritonéal. Soif intense.

Laparotomie latérale par l'incision de Roux. Le péritoine sectionné, il s'échappe une quantité très notable de sérosité jaunâtre, transparente et l'intestin se montre un peu congestionné, distendu, mais sans péritonite évidente. Un doigt, introduit pour explorer la région, rencontra presque immédiatement une bride épaisse, arrondie, sous laquelle s'engageait l'intestin grêle. En l'amenant dans la plaie, on constate que cette bride n'est autre que l'appendice très tuméfié portant encore la trace de l'adhérence qui le maintenait en place.

Résection. Drainage. Très bon résultat.

OBSERVATION XL (*Résumée*)

(Gay. — *In* thèse d'agrégation Peyrot.)

Etranglement par appendice vermiforme et bride. Durée de l'occlusion avant l'opération cinq ou six jours. Mort douze jours

après. Occlusion de la partie inférieure de l'iléon. Intestin grêle très enflammé, de couleur brunâtre. L'étranglement avait été parfaitement levé.

OBSERVATION XLI (*Résumée*)

(*In* statistique Duchaussoy.)

L'appendice forme une véritable bride, il ne concourt pas seul à étrangler l'intestin qui, de plus, pénètre dans une déchirure du mésentère.

OBSERVATIONS XLII, XLIII, XLIV et XLV (*Résumées*)

(Moreau, Marteau, Scarpa, Lobstein. — *In* statistique Duchaussoy.)

L'extrémité de l'appendice adhérait au mésentère et formait un cordon sous lequel l'iléon était étranglé.

OBSERVATION XLVI (*Résumée*)

(Marshall. — *In* thèse Chognon.)

Il s'agit de l'étranglement d'une portion d'iléon par une bride fibrineuse formée de l'appendice iléo-cæcal et de sa continuité avec le mésentère.

OBSERVATION XLVII (*Résumée*)

(Pitres. *In* thèse Chognon.)

A l'autopsie du malade, on découvrit que la raison première des accidents se trouvait dans la fosse iliaque droite. L'appendice, long de 12 centimètres, avait contracté par son extrémité libre des adhérences solides avec le mésentère, tout près de l'angle sacro-vertébral. Il constituait ainsi une sorte de pont sous lequel passait deux fois l'intestin grêle, d'abord en descendant dans la cavité abdominale, puis en remontant. Le pre-

mier étranglement était situé à 20 centimètres du cæcum, le second à 2 centimètres.

La portion étranglée de l'intestin présentait un aspect livide, les parois étaient épaissies et infiltrées ; une ulcération existait au niveau du premier étranglement. La cavité de l'appendice ne contenait aucun corps étranger, la muqueuse était saine.

OBSERVATION XLVIII

(Communication Potherat à la Société de Chirurgie de Paris, 1904.)

Jeune fille, attaque d'appendicite, il y a trois ans, qui cède au traitement médical.

Seconde attaque, début brusque en travaillant aux champs, douleur abdominale si intense que le sujet tombe sur le sol presque syncope, on la ramène chez elle en voiture.

On pense à une récurrence. On réinstitue le traitement médical antérieur qui n'amène aucune amélioration. Mais, depuis le début pas de selle ni de gaz, et les vomissements deviennent manifestement fécaloïdes.

Je vois la malade la cinquième jour, ventre ballonné dans les parties supérieures, peu à l'hypogastre, douloureux en un point situé à droite de la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic. Facies péritonéal. Extrémités froides. Pouls 160. L'hypothermie existe depuis le début.

Laparotomie latérale immédiate : anses grêles extraordinairement dilatées. Cæcum affaissé. Un sérosité rougeâtre, peu abondante, s'échappe d'entre les anses. L'appendice forme une corde tendue transversalement, mais qu'on ne peut suivre à cause de la distension intestinale ; d'où, obligation de faire une laparotomie médiane rapide. On retrouve l'appendice s'incurvant sous le bord inférieur du mésentère et venant adhérer par son extrémité libre, renflée, sur la face latérale gauche du mésentère. Dessous s'engageait une anse intestinale qui y était tellement serrée qu'il m'était impossible d'engager l'extrémité du petit doigt à côté d'elle. On désinsère l'extrémité libre de

l'appendice pour la réséquer. L'anse intestinale porte la marque d'un sillon profond. On fait circuler des gaz.

Mort deux jours après pour stercorémie quoique depuis l'opération la malade ait rendu des gaz et des matières. L'appendice portait des marques d'inflammation ancienne.

OBSERVATION XLIX

(Communication Potherat à la Société de Chirurgie de Paris, 1901.)

Homme de soixante-dix ans. Accidents occlusifs à marche aiguë. Appelé le septième jour. L'absence de tout indice spécial ne permet pas de faire de diagnostic. Anus artificiel sur le cæcum. Le cæcum est à peine dilaté, impossibilité de l'amener. Il est maintenu par l'appendice tendu de la fosse iliaque droite à la face latérale gauche du mésentère, sur laquelle il était fixé par son extrémité renflée. Lui-même était allongé, plutôt grêle, sans aucune apparence d'inflammation. Dans cette position, il coupait une anse grêle longuement engorgée par-dessous lui et qui redevint libre quand il eut été sectionné et enlevé. Mort trente heures après l'intervention.

Dans ce cas, impossible de préciser l'époque de l'attaque d'appendicite, à moins de rapporter à des accidents très douloureux du ventre que le malade aurait éprouvés avant son mariage. Toujours est-il que, pendant une longue période de près de cinquante ans, il n'avait, comme le malade de M. Le Fort (dont il sera question plus loin), rien ressenti.

OBSERVATION L (*Résumée*)

(Dale. — *In* thèse Chognon.)

Obstruction intestinale chronique par adhérence de l'appendice à l'iléon.

OBSERVATION LI (*Résumée*)

(Trèves. — *In* thèse, Chognon.)

L'extrémité de l'appendice était adhérente à la face gauche du mésentère de l'iléon de telle façon qu'une bride était formée sur laquelle l'intestin venait s'étrangler.

OBSERVATION LII (*Résumée*)

(Rostan. — *In* statistique, Duchaussoy.)

L'appendice vermiforme forme une bride rectiligne adhérent au rectum. Le paquet intestinal est tombé entre cette arcade et le sacrum, est ensuite remonté par devant et est tombé une seconde fois dans le premier espace.

OBSERVATION LIII (*Résumée*)

(Lallemand. — *In* statistique Duchaussoy.)

L'appendice adhérait à la dernière portion de l'iléon et à son mésentère ; il formait une bride transversale sous laquelle une anse de la fin de l'iléon s'était introduite en se tordant sur elle-même. Toute la partie étranglée, 10 à 12 pouces, était violemment enflammée, noire en plusieurs points, ainsi qu'une partie de la bride. La maladie avait duré vingt et un jours.

OBSERVATION LIV (*Résumée*)

(Scheffey. — *In* thèse Chognon.)

Cas d'obstruction intestinale due à l'adhérence de l'appendice au péritoine recouvrant le fond de l'utérus.

OBSERVATION LV (*Résumée*)

(Pugghe. — *In thèse Maturié*)

Jeune garçon de six ans qui avait souffert à diverses reprises d'attaques de constipation, et qui, lors de son entrée à l'infirmerie de Liverpool, se plaignait de violentes douleurs dans l'estomac ; il avait aussi des vomissements et de la constipation. On sentait dans la fosse iliaque droite une légère tuméfaction mal limitée, très douloureuse à la pression. Le pouls était rapide et faible. On donna d'abord un grand lavement d'huile d'olive qui ne produisit aucun effet ; puis, comme les vomissements continuaient on se décida à opérer après avoir soigneusement exploré le rectum qui ne présentait rien d'anormal. Le cinquième jour, après le début des accidents, on fit une incision partant de l'ombilic et allant jusqu'à un point situé 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. On arriva de suite sur une anse intestinale distendue, rouge, terne, fixée à la fosse iliaque par une sorte de cordon qui n'était autre qu'un long appendice vermiculaire. On en fit la section entre deux ligatures et on ferma la plaie. Le malade guérit sans accident à part une jaunisse de peu d'importance. Les selles devinrent normales au bout de cinq jours et demi.

OBSERVATION LVI (*Inédite*)

Oclusion intestinale de cause inconnue chez une femme de soixante ans. — La laparotomie démontre une coudure de la fin de l'iléon sur l'appendice adhérent à une annexite droite.

M^{me} X..., âgée de soixante ans, présente les symptômes habituels de l'occlusion intestinale depuis cinq jours.

L'arrêt des gaz et des matières s'est fait progressivement, le ventre est volumineux, globuleux, mais encore souple, mou, pâteux ; au moment des coliques les anses intestinales se dessinent en relief sous la paroi abdominale amaigrie et flasque.

Le pouls est bon, à 90, pas de température, urines rares, les vomissements sont fécaloïdes depuis trente-six heures. Malgré les symptômes fâcheux, la malade donne, dans son ensemble, bonne impression ; l'obstacle semble progressif, et l'intoxication peu prononcée. Elle-même, pas plus que son entourage, n'est d'ailleurs alarmée, habitués qu'ils sont à voir de longues périodes de constipation se terminer par une débâcle. Jamais cependant la constipation n'avait amené de vomissements ; et le rejet des matières fécales a malgré tout déterminé la demande du médecin.

En plus de cette constipation habituelle chronique, datant de plus de vingt ans, nécessitant l'usage presque journalier de laxatifs, la malade souffrait aussi souvent du bas-ventre. L'examen local révèle la présence dans le petit bassin d'une tumeur à caractère utéro-annexiel, très immobilisée. Ce toucher, joint aux antécédents, fait penser qu'il s'agit d'un fibrome du volume d'une tête de fœtus, avec vieilles lésions de salpingite et de pelvi-péritonite consécutives. L'obstruction est probablement due soit à la compression de l'intestin par fibrome immobilisé par les lésions annexielles, soit à l'étranglement de l'intestin dans des brides de pelvi-péritonite.

L'indication d'intervenir est nette.

La malade paraît assez résistante pour être laparotomisée, et il y a chance de lever l'obstacle sans être obligé de recourir à l'anus contre-nature.

Laparotomie le 25 décembre 1906. — Les anses grêles sont rouges, très vascularisées et moyennement distendues, le gros intestin dans les parties visibles par l'incision sus-ombilicale est vide. La main introduite dans le petit bassin, la malade étant dans la position inclinée, sent une masse irrégulière occupant ce petit bassin et affleurant au détroit supérieur ; une anse adhère en ce point vers la partie droite de ce détroit et reste fixe, alors que le paquet intestinal peut être refoulé et maintenu vers l'ombilic par un champ opératoire.

La lésion causale apparaît alors nettement ; l'appendice est solidement adhérent par sa pointe sur le bord supérieur des annexes droites. Tout ce côté du petit bassin est occupé par de

vieilles lésions de pelvi-péritonite qui forment une coque sur les annexes du volume du poing. L'appendice lui-même est de volume presque normal, à peine rouge, dur et tendu, épais et solide, sclérosé,

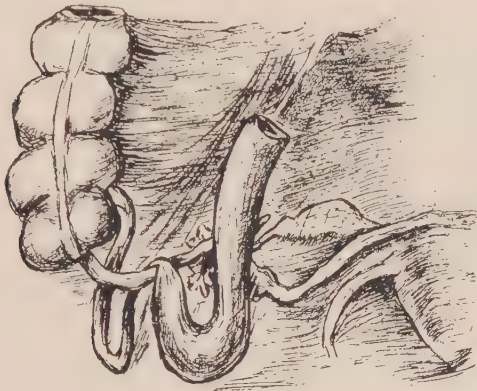


FIG. 4

Le grêle se coude sur lui à 30 centimètres de sa terminaison.

La coudure est ainsi faite : le bout proximal passe en avant de l'appendice et se prolonge jusqu'au cæcum et revient ensuite sur lui-même jusqu'à l'appendice sur lequel il se fléchit à angle aigu de façon à passer derrière lui, en lui adhérant, et remonte ensuite au cæcum.

Cette portion rétro-appendiculaire blanchâtre est fortement maintenue et aplatie contre la symphyse sacro-iliaque droite si bien que le mécanisme de l'occlusion est peut-être complexe,

- 1° Coudure sur l'appendice ;
- 2° Etranglement entre la corde appendiculaire et la paroi du bassin.

Comme intervention, on sépara d'abord la pointe de l'appendice de l'annexite droite et l'on mobilisa aussi l'anse coudée et étranglée. Celle-ci fut détachée de l'appendice et de la paroi

postérieure du bassin. L'appendice fut réséqué selon le mode habituel.

Il parut inopportun d'attaquer les lésions du petit bassin, on se contenta de réséquer quelques filaments péritonéaux, de faire quelques points de fixation du dôme de pelvi-péritonite et sans plus tarder on ferma le ventre. Durée : vingt-cinq minutes.

Suites opératoires. — Une garde-robe est obtenue à la suite d'un lavement le lendemain soir de la laparotomie. Les vomissements seulement bilieux ont persisté quarante-huit heures. La quantité d'urines a augmenté dès le lendemain. Au bout de quatre jours, la situation ne donna plus d'inquiétudes.

La malade, revue en juin 1907, n'a plus eu de constipation opiniâtre ; elle est cependant obligée de prendre chaque jour un lavement ; sur mon conseil elle n'a recours que rarement au laxatif.

Le bas-ventre est beaucoup moins douloureux qu'autrefois ; il est cependant encore le siège de phénomènes pénibles faciles à comprendre en raison du fibrome adhérent et des annexites sclérosées que j'y ai laissés.

2° Dans un second mode d'étranglement, nous voyons l'appendice s'incurver au lieu de rester une corde rectiligne et former un anneau aux extrémités plus ou moins distantes, ou même un véritable lien circulaire. Pour cela l'appendice peut faire lui-même le tour complet, ou être aidé soit par une bride fibreuse terminant l'anneau, soit par le méésentère, soit par l'organe ou la paroi auxquels son extrémité adhère ; quoi qu'il en soit une anse peut se loger dans cet anneau et s'y étrangler : tant que l'anneau est assez large, si surtout l'anse intestinale ne lui adhère pas, les matières et les gaz passent, fut-ce même à la filière. Mais si cet anneau vient à se rétracter par trop à la longue, si surtout une inflammation nouvelle de l'appen-

dice produit quelques adhérences fixant l'intestin dans un anneau rétréci par ces néo-formations et l'hypertrophie de l'organe malade, ou bien si elles le maintiennent coudé sur cet anneau devenu rigide, nous assisterons au tableau plus ou moins aigu de l'occlusion. Outre l'observation IV, les suivantes, dont une inédite, se rapportent à ce genre d'iléus.

OBSERVATION LVII (*Résumée*)

(Coze. — *In* statistique Duchaussoy.)

L'appendice forme un anneau très serré en s'insérant par son bout libre à la partie postérieure du cæcum, c'est-à-dire au côté opposé à son insertion naturelle.

L'intestin est noir ; l'anse, étranglée, mesure 80 centimètres environ. Pour la dégager, on est obligé de couper l'appendice. Durée de la maladie huit jours.

OBSERVATION LVIII (*Résumée*)

(Cooper. — *In* statistique Duchaussoy.)

L'appendice était adhérent à une anse intestinale paracæcale. L'appendice était étranglé presque autant que l'anse intestinale qu'il étranglait.

OBSERVATIONS LIX et LX

(*In* statistique Duchaussoy.)

L'anneau d'étranglement est semblable à celui de l'observation précédente, mais on ne parle pas d'une constriction aussi forte.

OBSERVATION LXI (*Résumée*)

(Catalogue de Boston, n° 498. — *In* statistique Duchaussóy.)

L'appendice, au point précis de son origine, était tordu sur lui-même et comme étranglé, il était d'un rouge brun foncé, avait la longueur du petit doigt et était très épaissi. L'anse d'iléon emprisonnée mesurait 27 pouces. La maladie dura douze jours.

OBSERVATION LXII (*Résumée*)

(Communication Routier à la Société de Chirurgie de Paris, 1894.)

Appendice sur le point de se perforer par le fait d'une hémorragie interstitielle et par une sorte de gangrène de sa paroi libre.

De plus, il occasionnait chez la femme de trente-sept ans, à qui je l'ai enlevé, une occlusion intestinale et voici par quel mécanisme; parti de son insertion sur la face postérieure du cæcum, il se portait en dehors puis croisait le cæcum en se portant en dedans et en bas pour continuer avec une bride fibreuse épaisse comme un crayon, bride qui s'insérait très fortement dans le petit bassin et tout le long du détroit supérieur jusqu'à l'articulation sacro-iliaque droite.

A travers cet anneau ainsi formé, le cæcum avait fait hernie de façon à le déborder de 12 à 15 centimètres, il était assez fortement serré à ce niveau.

La malade présentait surtout la physionomie d'appendicite; elle avait un point douloureux comme une pièce de 5 francs sans tumeur, sans empatement; et, quand on appuyait sur ce point situé à mi-chemin entre l'épine iliaque droite et l'ombilic, la douleur très vive se répercutait dans l'articulation sacro-iliaque. Aujourd'hui plus de trois semaines après l'opération la malade va bien malgré une légère pleurésie droite.

OBSERVATION LXIII

(MM. Rudaux et Chartier. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1904.)

Le 12 octobre, à 5 heures du soir, arrive, en ambulance à la Maternité Boucicaut, une femme de vingt-sept ans qui meurt quelques instants après son entrée. On constate un ballonnement très prononcé du ventre, un liquide noirâtre s'échappe de la bouche et des narines. Le corps est cyanosé.

Deux heures avant, elle a expulsé un fœtus de quatre mois environ. L'examen du fœtus permet de penser que sa mort est toute récente ; il ne présente aucune lésion cutanée. La délivrance n'est pas encore faite.

Les renseignements qu'on a pu obtenir sont très incomplets. Au dire du mari, cette femme vigoureuse a toujours été bien portante. Elle a eu une première grossesse à vingt-trois ans, terminée par l'accouchement normal d'une fille, morte à onze mois d'une affection pulmonaire aiguë. Une deuxième grossesse à vingt-cinq ans également normale, l'enfant est très bien portant actuellement. Aucun de ses accouchements n'a été suivi d'infection. A aucun moment de sa vie, cette femme n'avait souffert du ventre.

Le 10 octobre au matin, elle a été prise brusquement, sans prodrome, de douleurs atroces dans le ventre, la sage-femme appelée pense à un avortement, on calme les douleurs avec du laudanum. Les 10, 11, 12 octobre, les vomissements continuent, l'état général est très mauvais et ce n'est qu'après l'expulsion du fœtus, deux heures avant sa mort, que l'on se décide à la faire transporter à l'hôpital.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate des lésions de péritonite aiguë ; il s'écoule un liquide purulent peu abondant. Les anses intestinales sont agglutinées, tapissées de fausses-membranes très épaisses, retenant de petits abcès, le tout formant un paquet derrière un épiploon épaissi et infiltré.

Les anses grêles sont très distendues, contrastant avec le gros intestin contracté. A l'examen de la région iléo-cæcale, on constate que la dernière portion de l'iléon forme une anse étranglée par un étroit collet.

Cette anse est violacée et présente, dans sa partie moyenne, une ulcération allongée d'où s'échappe son contenu. L'anneau constricteur est formé de l'appendice et de son méso recourbés sous l'anse étranglée, et terminés par une bride passant en avant pour adhérer fortement au mésentère au niveau de sa continuation avec le méso-appendice.

L'utérus est tapissé de fausses-membranes il ne présente aucune trace de déchirure ni de perforation. Le placenta est désinséré et tombé dans le segment inférieur. La paroi interne ne présente aucune trace d'inflammation.

Le foie est recouvert de fausses-membranes.

Les reins et les poumons sont congestionnés.

Le cœur ne présente aucune altération macroscopique.

On se trouve donc en présence d'un étranglement interne avec gangrène et perforation de l'anse étranglée. L'agent de l'étranglement est un anneau, véritable anneau herniaire, formé par l'adhérence de l'extrémité de l'appendice, continué par une bride résultant probablement d'une ancienne appendicite restée cliniquement méconnue.

OBSERVATION LXIV (Résumée)

(J. Duval. — *Archives de Médecine et Pharmacie militaires.*)

Occlusion intestinale due à l'enroulement, autour d'une anse grêle de l'appendice enflammé et perforé. — Double laparotomie. — Guérison.

E..., soldat, entre le 4 décembre 1903 à l'hospice mixte de Saint-Mihiel pour une appendicite datant de deux jours. Il est soigné médicalement et sort guéri le 31 décembre.

Le 20 janvier à 9 h. 1/2 du soir il est pris brusquement d'une douleur extrêmement vive dans tout le ventre. Pas de symptô-

mes d'appendicite, mais arrêt complet des matières et des gaz. En présence de cette occlusion intestinale aiguë on pratique une intervention immédiate qui s'imposait.

Anesthésie au chloroforme. Pensant en raison de l'appendicite récente nous trouver en présence d'une complication anormale de cette affection, nous pratiquons l'incision de Roux qui nous montre le cæcum rougeâtre peu dilaté, mais fixé d'une façon insolite à sa place normale. En le soulevant pour chercher l'appendice, il s'écoule une certaine quantité de sérosité sanguinolente analogue à celle qui distend le sac d'une hernie étranglée. La fixité anormale du cæcum nous empêche de le récliner, et nous ne pouvons trouver l'appendice ; mais les doigts portés du côté de l'ombilic sentent nettement des anses intestinales distendues et une bride de la grosseur du petit doigt sous laquelle elles s'engagent. Ne pouvant, par des tractions douces, amener dans l'incision ces anses et la bride, et craignant, en insistant, de déchirer l'intestin dont les tuniques pouvaient être adhérentes, nous fermons par quatre étages de suture notre première incision laissant un petit drain à l'angle inférieur de la plaie.

Une laparotomie médiane allant de l'ombilic au pubis est pratiquée. Des anses grêles rougeâtres et distendues s'engagent immédiatement dans la plaie par laquelle s'écoule en grande quantité la même sérosité rougeâtre qui est sortie par la première incision. On retrouve, un peu au-dessous et à droite de l'ombilic, la bride sous laquelle on sent des anses s'engager. Insinuant les doigts sous cette bride pour reconnaître sa nature et ses rapports avec les organes voisins, nous la sentons céder peu à peu et ramenons un appendice énorme comme longueur et volume. La partie que l'en amène hors de l'abdomen a plus de 10 centimètres de longueur et se continue avec une partie aussi longue que l'on suit dans le ventre se dirigeant vers le cæcum que notre première incision nous a montré à sa place normale. Le volume de l'appendice égale celui du petit doigt. Après ligature, on excise au thermocautère la partie qui se présente dans l'incision et un surjet de soie fine enfouit la sur-

face sectionnée. Il offre tous les signes d'une appendicite en évolution.

On s'assure que l'occlusion est levée, que la circulation des matières se fait dans l'intestin et que ses tuniques ne sont pas altérées. La plaie est refermée par trois étages de suture qui reconstituent la paroi ; par l'angle inférieur de l'incision sortent deux gros drains plongeant l'un dans le petit bassin qui contient une grande quantité de sérosité sanguinolente, l'autre au milieu des anses grêles enflammées.

Dès la première nuit le malade rend des gaz et le lendemain a une selle spontanée. Il se lève le vingtième jour et rentre au corps le trente-huitième jour après l'intervention.

Dans cette dernière observation nous voyons que le mécanisme de l'occlusion est complexe puisque, en plus du vermium, les adhérences jouent un rôle actif également dans la production de l'iléus. C'est qu'en pathologie, là comme ailleurs par conséquent, on observe toutes les transitions. C'est pourquoi nous mettons à part les trois observations suivantes où, en plus de l'un ou l'autre mode déjà décrits, on peut constater que l'appendice amène l'occlusion en écrasant, en aplatissant l'anse intestinale engagée sous lui d'une façon toute particulière suffisante à produire l'arrêt des matières si elle existait comme seule cause d'iléus. Ce mécanisme est dû soit à son hypertrophie inflammatoire, soit à la rétraction des adhérences multiples qui forment avec lui l'anneau, soit aux deux raisons à la fois.

OBSERVATION LXV (Résumée)

(Catalogue de Boston, n° 499. — *In* statistique, Duchaussoy.)

L'adhérence de l'appendice était probablement causée par

une ancienne inflammation. Le gros intestin était contracté et pâle dans toute son étendue. Le petit était très congestionné et très distendu. Adhérence de l'appendice au niveau du bord supérieur du sacrum, adhérence très étroite, très limitée, paraissant dater de loin. On incise cette adhérence, on tombe sur une cavité d'environ un demi-pouce de diamètre, d'où sortait une matière blanchâtre paraissant être des fèces durcies. Les deux premiers pouces et quart de l'appendice étaient perméables et libres, le reste paraissait réduit à une corde imperméable et adhérait étroitement au commencement de l'iléon qu'il croisait à environ un pouce de son extrémité inférieure entre la fin et la portion adhérente de l'iléon. L'extrémité de l'appendice se trouvait très près de la cavité qui contenait le corps étranger. La portion d'intestin étranglée était les quarante pouces compris entre l'extrémité inférieure de l'iléon et le point de l'adhérence ; elle était congestionnée et ulcérée par places. La maladie avait duré quatre jours.

OBSERVATION LXVI

Communication Potherat à la société de Chirurgie de Paris, 1904.)

Enfant de huit ans, atteinte depuis six jours d'occlusion intestinale complète.

A la laparotomie on trouve un appendice tendu transversalement de la fosse iliaque droite à la région prévertébrale ; cet appendice était fort adhérent par son extrémité. Entre cette adhérence et le bord libre du mésentère, il existait un pont sous lequel une anse grêle était engagée et très fortement serrée. Désinfection et résection de l'appendice. L'intestin se trouve libre et paraît sain. Opération simple et rapide, mort quand même le lendemain.

OBSERVATION LXVII

(Chavannaz. — In thèse Folliot.)

E. B..., trente-trois ans. Occlusion intestinale datant de cinq ans. Rien de particulier dans les symptômes.

Le malade dit avoir toujours eu une bonne santé. Cependant il aurait éprouvé il y a dix-sept ans des douleurs assez violentes dans le ventre et localisées plus particulièrement dans la fosse illiaque droite.

Laparotomie médiane le 30 juillet 1904. A l'ouverture du ventre, l'attention est attirée dans la région cœcale par le volume que présentent du cæcum et la partie ascendante du côlon. On trouve dans cette région des adhérences pas très solides, fibreuses. Les anses intestinales sont agglomérées aussi par des adhérences qui paraissent récentes. En relevant la masse intestinale, on aperçoit profondément dans le petit bassin plusieurs anses intestinales aplaties, serrées par une sorte de cordon. Celui-ci est sectionné et l'on met des morceaux de côté pour l'analyse microscopique, car on soupçonne que ce cordon doit être l'appendice.

A peine ce cordon est-il sectionné que les anses se remplissent. L'obstacle est donc levé. En poussant plus loin l'investigation on découvre trois anses grêles situées plus haut dans la grande cavité abdominale et unies par des adhérences fibreuses libérables aux ciseaux simplement. L'opération est longue et pénible surtout en ce qui concerne la délivrance des anses grêles agglutinées au fond du petit bassin.

Le cordon fibreux, cause de l'étranglement est examiné par M. le professeur agrégé Sabrazès qui, à la disposition des fibres musculaires dans la coupe, peut affirmer qu'il s'agit de l'intestin. L'absence de la muqueuse et du tissu lymphoïde empêche de déterminer la portion d'intestin dont il s'agit.

Le malade mourut vingt-quatre heures après l'opération.

Chez ce malade tout porte à croire que l'appendice était bien l'agent d'étranglement, et que, les douleurs éprouvées il y a dix-sept ans, n'étaient autre qu'une appendicite dont les effets occlusifs se sont produits à longue échéance.

3° Nous n'avons trouvé qu'une seule observation où l'on voit l'appendice, fixé par des adhérences à une partie de l'intestin en amener la coudure jusqu'à l'arrêt complet des

matières et des gaz, par la traction qu'il exerce lui-même sur cette anse.

Ce mécanisme est analogue à celui dont nous avons déjà parlé à propos des occlusions par des adhérences qui, fixées d'une part par exemple à la paroi, et sur une anse intestinale d'autre part, en amenaient la coudure par leur rétraction

OBSERVATION LXVIII

(Communiquée par le D^r Guillet. — *Bulletin et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1905.)

Occlusion intestinale chronique produite par l'appendice. — Résection de l'appendice. — Guérison.

M^{me} X..., âgée de trente-deux ans, souffrait depuis un an environ de douleurs très vives dans l'abdomen ; les douleurs survenaient sous forme de crise, présentant les caractères suivants : elles débutaient brusquement sans raisons appréciables, aussi bien la nuit que le jour, avant et après les repas. La malade ressentait alors des coliques extrêmement violentes, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux. Le ventre était ballonné et les gaz ne pouvaient être rendus par l'anus. La crise durait deux ou trois heures et cessait brusquement par l'émission répétée de gaz abondants. Dans leur intervalle, la malade ne souffrait plus et pouvait travailler. Ces crises, d'abord éloignées et séparées par un intervalle de plusieurs semaines, avaient tendance à se rapprocher et, depuis quelques mois, elles revenaient plusieurs fois par semaine et devenaient de plus en plus violentes. Il en résultait un état de grand affaiblissement, et la malade, qui avait maigri d'une façon notable, s'alimentait difficilement. Rien dans les antécédents ne permettait de rattacher ces crises à une cause déterminée. Cette dame consulta plusieurs médecins qui portèrent

des diagnostics différents et ne purent lui donner aucun soulagement.

Je la vois au mois d'août 1903 ; l'examen de l'abdomen est à peu près négatif ; cependant la palpation me fait reconnaître l'existence d'une très légère tension du ventre, au niveau du flanc droit et de la fosse iliaque droite. Dans cette région, la malade accuse une sensibilité diffuse, sans localisation au point de Mac Burney. Je porte le diagnostic d'occlusion intestinale chronique et estimant d'après les signes précédents que le siège de l'occlusion doit être à droite, je fais une laparotomie sur le bord externe du muscle grand droit du côté droit.

Cette incision me permet de reconnaître que la cause de l'occlusion est l'appendice qui présente les dispositions suivantes : cet appendice très allongé est situé en arrière et en dedans du cæcum, lequel est lui-même fixé dans la fosse iliaque par des adhérences ; il vient en remontant en dedans du cæcum se fixer par son extrémité effilée sur l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse.

A ce niveau, il existe sur le gros intestin une sorte d'anneau fibreux qui fait suite à l'extrémité de l'appendice. Au niveau de l'insertion de l'appendice sur le cæcum, ce dernier présente un amincissement manifeste et une tendance à l'ulcération, laquelle est due certainement à la traction exercée sur la paroi intestinale par l'appendice.

Cette disposition explique facilement le mécanisme de l'occlusion ; les gaz arrivant dans le cæcum le distendent ; cette distension tiraille l'insertion de l'appendice sur l'angle du côlon, et amène une coudure du gros intestin d'autant plus marquée que la distension du cæcum est elle-même plus accusée.

L'appendice était donc bien la cause de l'occlusion intestinale. D'ailleurs la suite l'a démontré ; la résection de l'appendice a été suivie de la guérison complète et définitive de la malade.

4° Nous trouvons un autre mode d'occlusion intestinale intéressant et qui doit être rare. Dans une observation de

E. Kollis, consignée par M. Jarvis dans le n° 26 de la *Presse médicale* de 1906, l'appendice, fixé à son extrémité libre par une bride péritonéale de formation ancienne inflammatoire, amène une torsion du cæcum sur son axe de 180 degrés, par traction consécutive probablement à la rétraction de cette bride. Par suite de cette torsion le calibre du gros intestin est peu à peu rétréci et bientôt même complètement oblitéré par l'adossement de ses parois tordues si l'on en juge de par les symptômes d'occlusion que relate l'observation.

OBSERVATION LXIX (*Résumée*)

(E. Kollis. — *Lancet*, n° 4304, 1906, 24 février, p. 516.)

Lorsqu'elle entra à l'hôpital, la malade âgée de cinquante ans, se plaignait depuis une semaine de vives douleurs abdominales mal localisées ; elle vomissait régulièrement une fois par jour. Le dernier jour, les douleurs étaient beaucoup plus intenses et les vomissements incessants.

À l'entrée, la température était de 37° 8, le pouls à 88, faible. L'abdomen était très distendu, souple, tensible à la pression, surtout dans la région appendiculaire. L'urine contenait une grande quantité d'albumine ainsi que du sucre et de l'acide diacétique.

L'intervention immédiate fut décidée. La laparotomie médiane met à nu une volumineuse tumeur kystique rappelant un kyste ovarien ; il s'agit en réalité du cæcum extrêmement distendu. Une ponction donne issue à une grande quantité de gaz ainsi qu'à 250 grammes environ d'un liquide noirâtre (la malade avait récemment absorbé du bismuth en grande quantité). L'intestin grêle est également distendu, mais le côlon est absolument normal. Le cæcum est attiré au dehors ; on voit alors qu'il a subi une rotation de 180 degrés, selon son axe longitudinal, et dans le sens des aiguilles d'une montre ; l'oc-

clusion est complète. A sa partie externe ; point d'attache à la paroi abdominale postérieure, se voit un appendice extrêmement adhérent, long de 6 centimètres dirigé en haut, et, en arrière jusqu'au dessus de l'union du cæcum avec le côlon ; là son extrémité libre est fixée par une bande fibreuse dont la formation *n'est certainement pas récente*. L'appendice est libéré et enfoui dans le cæcum. Puis ce dernier est déroulé et le ventre est refermé.

Les suites immédiates furent bonnes, mais le troisième jour des symptômes urémiques firent leur apparition, qui, évoluant avec une extrême rapidité, enlevèrent la malade en quelques heures.

A l'autopsie on put se rendre compte que toute cause d'occlusion intestinale avait disparu, il n'y avait pas de péritonite. Les reins étaient atteints de néphrite chronique et le poumon droit présentait des lésions tuberculeuses avancées.

C. — *Occlusions produites par l'épiploon.* — Une ou plusieurs crises d'appendicite antérieures ont déterminé l'adhérence de l'épiploon enflammé, venu pour lutter contre le processus infectieux et le localiser.

Il forme une bride tendue et solide sur laquelle va se couder et s'obturer l'intestin à l'occasion d'une rechute appendiculaire les faisant adhérer l'un à l'autre grâce à la réaction de la séreuse péritonéale (obs. LXX, LXXI et LXXII).

Cette bride épiploïque peut faire plus ou moins l'office d'un lien circulaire et étrangler l'intestin en s'enflammant lors d'une nouvelle crise (obs. LXXXIII).

Enfin une anse intestinale, gênée déjà par cette frange épiploïque adhérente, peut, à l'occasion des contractions irrégulières et spasmodiques du tube intestinal dues à un réveil de l'infection appendiculaire, se tordre sur elle-même,

former un volvulus amenant l'occlusion ; d'autant mieux que les adhérences nouvelles la fixeront dans cette position défectueuse et que l'épiploon enflammé faisant bride (obs. LXXIV) ou anneau (obs. LXXV) intercepte également le cours des matières et des gaz.

OBSERVATION LXX (*Résumée*)

(Demoulin. — *In* thèse Béra.)

Jeune homme de seize ans ayant eu une attaque grave d'appendicite avec péritonite localisée dont il guérit sans opération. Il présenta une poussée étiquetée appendicite.

La dernière, plus grave, provoqua une intervention chirurgicale de la part de M. Demoulin.

Celui-ci trouve l'appendice complètement détruit et représenté seulement par un petit moignon fibreux à la base du œcum. Une corde épiploïque adhérente, très enflammée, qui avait d'abord été prise pour l'appendice, était manifestement la cause des accidents.

OBSERVATION LXXI

(H. Brin. — *In Arch. médicales d'Angers*, 1907, n° 3.)

Epiploïte chronique au cours d'une appendicite chronique d'emblée. — Phénomènes d'occlusion incomplète. — Laparotomie. — Guérison.

M. X..., trente-sept ans, Saint-Rémy-la-Varenne, fluxion de poitrine à l'âge de onze mois.

Ajourné un an pour faiblesse de constitution. Fait deux autres années de service militaire sans maladies.

Il y a deux ans (novembre 1904) il est mordu par un cheval au niveau de la paroi antéro-latérale droite de l'abdomen,

sans plaie. Douleur pendant quelques jours, sans interruption de travail. Pas d'autres troubles. Depuis cette époque, le malade a été pris une quinzaine de fois de douleurs au même niveau, douleurs sourdes sans coliques, ni troubles d'aucune sorte, durant de quelques instants à un jour ou deux ; elles se sont rapprochées peu à peu et depuis six mois elles sont continuelles, le malade éprouve une sensation de gonflement du côté droit.

Les selles sont ordinairement régulières et spontanées. Depuis un mois, parfois un peu de diarrhée. Pas de vomissements, pas de troubles gastriques sauf des renvois et des aigreurs lorsqu'il s'écarte de son régime, qu'il prend du vin ; pas de perte d'appétit ni d'amaigrissement.

Depuis quelques semaines, la douleur revêt un caractère spécial : ce sont des coliques nettement localisées à la fosse iliaque droite lorsque le malade sent le passage du gaz à ce niveau.

Depuis cinq jours la douleur n'est plus sourde, mais aiguë, comparée par M. X... à un pincement et accompagnée de quelques élancements. De plus, il y a arrêt des matières et des gaz depuis deux jours. Jusque là, j'avais considéré ce malade comme un nerveux hypnotisé par son accident. L'intensité actuelle des symptômes me décide à l'opérer.

La palpation est rendue très difficile par l'obésité du malade. Il existe un point plus douloureux à quelques centimètres de l'épine iliaque. Pas de tumeur.

Intervention le 27 octobre, chloroforme.

Incision le long du bord externe du grand droit. Epaisse couche graisseuse dans laquelle on retrouve une plaque de tissu cicatriciel. La couche musculaire paraît un peu infiltrée de sérosité.

A l'ouverture du ventre apparaît une anse grêle, rouge et dilatée. On en trouve bientôt la cause ; une frange épiploïque enflammait la bride et va s'insérer sur l'appendice dont l'extrémité se trouve engagée à l'entrée du canal inguinal. La portion sous-jacente de l'anse grêle a son apparence normale.

Section de la bride épiploïque et résection d'une large zone d'épiploon. Ligature au catgut en parties saines. Libération

des adhérences de l'appendice gros et enflammé, surtout au niveau de son extrémité terminale.

Section et ligature du méso, très friable qui se déchire sous la pince. Ligature de l'appendice et résection au thermo. Enfouissement du moignon sous une suture cæcale en bourse.

Drainage. Suture. Guérison complète le 17 novembre.

OBSERVATION LXXII (Résumée)

(In thèses, Coittier, Gordon, Esnault.)

Augusta M..., onze ans, entrée salle Giralès le 4 juillet 1896 pour une appendicite ayant débuté le 1^{er} juillet. On l'opère.

Suites opératoires excellentes jusqu'au 6 août. Vomissements porracés, constipation, lavement sans effet. Le 12, ballonnement du ventre. Le 14, vomissements bilieux; pouls 150, facies altéré, ventre peu douloureux.

Le 14, laparotomie médiane. Pas d'exsudat ni de fausse membrane sur le péritoine. On trouve dans le bassin trois brides épiploïques, dont une grosse comme le petit doigt, qui étranglent l'intestin. Intestin grêle très distendu; gros intestin aplati. Section des brides entre deux ligatures. Aussitôt après l'opération, vomissements fécaloïdes; pulsations si fréquentes qu'on ne peut les compter; mort le 14 août.

Autopsie. — Appendice vide, sans lésion à l'œil nu; plusieurs anses de l'intestin grêle sont agglutinées et forment un magma dans le petit bassin. On comprenait dès lors que la section des brides épiploïques n'eût pas suffi à arrêter les phénomènes d'occlusion.

OBSERVATION LXXIII (Inédite)

*Etranglement interne par bride épiploïque, consécutif
à une appendicite ancienne. — Mort.*

M. X..., cantonnier de Louerre, est depuis huit jours en pleine occlusion avec arrêt complet des matières et des gaz.

L'état général est très grave. Il n'a demandé le médecin qu'avant-hier soir, habitué qu'il est de souffrir du bas-ventre à droite. A plusieurs reprises on lui a dit qu'il avait de l'appendicite. Espérant que le malaise se terminerait comme les précédents, il a repris de sa propre initiative les médications purgatives qui lui ont déjà réussi.

Mon confrère, le Dr Joubert, fait le diagnostic d'occlusion intestinale, résultat probable de lésions post-appendiculaires, et le fait entrer d'urgence dans ma clinique où il est opéré le 15 janvier 1905.

Après injection de sérum et lavage de l'estomac, une laparotomie médiane est faite le plus vivement possible, sous chloroforme à dessein d'établir son anus contre-nature, ou de lever l'obstacle et de libérer l'intestin si les manœuvres ne paraissent pas devoir être trop laborieuses. En effet, malgré la gravité de l'état général, pouls à 130, sans ampleur, température 36° 5, facies de moribond; l'étranglement interne nous paraît tellement net qu'il nous semble impossible de laisser dans le ventre l'anse étranglée, peut-être déjà sphacélée.

Le malade est en position déclive, la main va directement dans la fosse iliaque droite et trouve une corde tendue, rigide, que l'œil reconnaît bientôt n'être autre qu'une bride épiploïque étranglant l'intestin comme un lien circulaire.

Cette corde sectionnée, l'anse étranglée est amenée au dehors avec son anneau épiploïque : anneau et intestin sont complètement sphacelés.

Le malade ne semble pas pouvoir supporter une entérectomie, et je me contente d'établir un anus contre-nature l'anse préalablement fixée à la paroi.

Durée quinze minutes.

La mort survient sept heures après. Evidemment l'intervention a été faite beaucoup trop tard sur un malade déjà intoxiqué.

OBSERVATION LXXIV (Résumée)

(Dr Lapeyre. — Congrès de Chirurgie, 1903.)

Alfred B... quinze ans, a eu une attaque d'appendicite en

juin 1901, guérie médicalement. Le 7 octobre il est pris subitement d'une douleur atroce, maxima vers l'ombilic, puis de tous les symptômes de l'occlusion.

La laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée d'urgence, le 11 octobre.

Une anse grêle énormément dilatée, vascularisée se présente dans l'incision ; elle est noirâtre ; poisseuse, couverte d'un exsudat fibrineux.

De suite, je constate que cette anse est tordue sur elle-même, a subi un *volvulus* complet.

J'essaie la détorsion, mais ne puis y parvenir, constatant seulement que l'anse tordue et quelques autres sont maintenues par un obstacle placé en arrière d'elles.

Cet *obstacle est reconnu être le grand épiploon* qui se trouve ainsi enfoui au milieu des anses intestinales. Son angle inférieur droit adhère à la fosse iliaque droite ; je libère cette adhérence en la coupant entre deux pinces, et suivant le bord inférieur trouve une adhérence semblable de l'extrémité du bord gauche. Cette adhérence est détachée comme la première, mais l'épiploon n'est pas encore libéré.

Du côté droit il est en effet fusionné avec le péritoine pariétal de la fosse iliaque sur une certaine étendue. En cherchant à les dégager, je le libère aussi du cæcum et de l'appendice qui m'apparaissent.

L'appendice long et volumineux, turgescent et enflammé, est engainé dans une portion de l'épiploon altéré et malade, de nombreuses adhérences fixent le cæcum au péritoine pariétal.

L'appendice dégagé est réséqué, avec les portions altérées de l'épiploon qui se relève et flotte.

L'anse grêle, atteinte de *volvulus*, est dès lors facilement détordue et remise en situation normale. Mais j'essaie vainement de replacer le grand épiploon au-devant des anses intestinales, il m'échappe pour rester enfoui au milieu d'elles, quelques-unes continuant à rester en avant de lui. Suture de la paroi, sans drainage.

L'état du malade, d'abord très grave pendant deux jours, s'améliore et la guérison est bientôt complète.

OBSERVATION LXXV (*Résumée*)

(Barth. — *Semaine médicale*, 1902.)

*Volvulus iléo-cæcal avec étranglement interne
provoqué par une appendicite*

Homme de quarante-deux ans, entre à l'hôpital Necker le 6 mars pour douleurs violentes dans le ventre. Alcoolique. Aurait eu, il y a trois ans, une crise de douleurs abdominales analogues à celles dont il se plaint qui n'ont duré que quelques heures. La maladie actuelle a débuté brusquement, si violemment que l'homme s'est évanoui. A son arrivée à l'hôpital, rien d'alarmant. Température rectale 37° 8, pouls 80 bien frappé. Dans la soirée du lendemain les symptômes s'aggravent, vomissements bilieux, puis porracés. Température 38° 5 ; pouls 88 ; nuit très mauvaise, agitation, délire.

Le lendemain matin, facies péritonéal, température 37°, langue très sale, un peu sèche ; quelques hoquets, ventre ballonné, très dur, très sensible ; constipation complète, pas de gaz. L'affaiblissement est si rapide qu'on se refuse à intervenir. Mort une heure après.

A l'autopsie l'abdomen renferme une petite quantité de sérosité rosée, légèrement louche. Masse intestinale rouge et injectée recouverte par places de pseudo-membranes fibrineuses récentes. Le cæcum, renversé sur lui-même, occupe la partie supérieure gauche du ventre, et l'appendice fortement tuméfié est en contact avec le lobe gauche du foie, le côlon ascendant dont la direction est devenue descendante, suit le trajet qui appartient normalement au côlon descendant ; le côlon transverse, replié et fortement tordu sur son axe, est caché dans la fosse iliaque gauche ainsi que le côlon descendant rétracté. Toute la partie droite de la cavité abdominale est occupée par les anses distendues de l'intestin grêle. La cause de cette dis-

location est une *bride épiploïque* qui part de la portion moyenne du côlon transverse et va s'insérer par des adhérences anciennes à la paroi de la fosse iliaque droite. Sous cette bride a passé une grande partie de l'intestin grêle à la suite de la torsion du côlon sur lui-même.

L'appendice est très tuméfié, rouge, très fortement épaissi, sa cavité remplie de muco-pus, dans les trois quarts de sa longueur, le cul-de-sac est oblitéré, transformé en cordon jaunâtre.

Donc, existence à la fois d'une appendicite récente, de virulence médiocre, mais en pleine activité et traces d'une appendicite ancienne, à laquelle s'est surajoutée l'occlusion évoluant avec la rapidité qu'on observe dans les cas de volvulus comme dans ceux d'étranglement interne.

Qu'on nous permette en terminant cette étude pathogénique de faire une statistique, par ordre de fréquence des endroits où l'appendice adhère.

Sur les quelques cas d'occlusion au cours de l'appendicite aiguë par le vermium, deux seules observations notent le point d'adhérence : dans l'une c'est le mésentère (obs. V) dans l'autre c'est l'intestin grêle en même temps que la paroi pelvienne (obs. XX).

Sur les 27 autres, au cours des lésions chroniques appendiculaires, 24 observations notent cette adhérence :

8 au mésentère (obs. XXXII, XLIII, XLIV, XLV, XLVI, XLVIII, XLIX et LIV ;

4 à l'intestin grêle (obs. XLVII, L, LI et LX ;

3 au cæcum (obs. LVII, LVIII et LIX ;

1 au rectum (obs. LII) ;

1 à l'angle droit du côlon (obs. LXVIII) ;

1 au péritoine utérin (obs. LIV) ;

1 aux ovaires (obs. LVI) ;

1 au sacrum (obs. LXII) ;

1 à la région prévertébrale (obs. XLVII) ;

2 à la fosse iliaque (obs. XXVII et XXVIII) ;

1 à un kyste de l'ovaire (obs. IV).

Nous voyons que dans le *tiers* des cas l'appendice s'insère au *mésentère*, dans l'autre *tiers* à l'*intestin* (dont moitié pour le grêle, l'autre moitié pour le gros intestin : 3, cæcum, 1, côlon et 1 pour le rectum) enfin aux *organes génitaux* pour la moitié environ du dernier tiers, l'autre moitié étant partagée par les diverses parties des *parois pelviennes*.

Peut-être pourra-t-on tirer de ces constatations quelques considérations utiles au point de vue opératoire soit pour rompre l'adhérence du vermium, soit pour l'isoler des organes auxquels il semble adhérer plus volontiers.

CHAPITRE II

Evolution clinique des occlusions vraies d'origine appendiculaire

L'occlusion, aiguë ou chronique, peut apparaître chez un malade atteint d'appendicite ou longtemps après la crise. A ce point de vue l'on peut, avec Marion, diviser les cas en trois classes : *occlusions immédiates*, *occlusions précoces*, *occlusions tardives*. Cette division nous paraît importante car les antécédents et les caractères de début impriment une physionomie toute spéciale à ces différentes variétés d'occlusion.

Au cours d'une appendicite aiguë, on peut donc voir apparaître une *occlusion immédiate* comme dans notre observation IX. Ces cas sont rares et, le plus souvent, l'arrêt des gaz et des matières est également dû à la péritonite appendiculaire. Aussi le tableau clinique de l'occlusion est-il modifié par les particularités de deux symptômes qui sont : 1° l'élévation de la température, et 2° la douleur. Il n'est pas de règle en effet qu'une occlusion intestinale sans péritonite donne lieu à de la fièvre et quand l'iléus

existe d'une façon évidente, cette élévation de la température jointe aux autres symptômes d'appendicite doit faire penser à cette cause de l'occlusion.

La douleur de l'appendicite précède dans ces cas celle de l'occlusion ; elle est, semble-t-il d'après les observations, plus intense, plus continue, plus localisée à droite et attire davantage l'attention que les douleurs rythmiques, intermittentes, que les coliques douloureuses indiquant la lutte de l'intestin contre un obstacle.

L'occlusion précoce apparaît dans les premiers jours qui suivent la guérison de l'appendicite aiguë (obs. XXI), les accidents primitifs d'appendicite ont disparu, le malade semble entrer en convalescence, quand d'une façon brusque ou progressive surviennent des phénomènes d'occlusion.

Plus ou moins longtemps après une appendicite aiguë ou au cours des manifestations d'une appendicite chronique, se montrent les *occlusions tardives*. C'est un mois, plusieurs années, jusqu'à quatorze ans (Broca), cinquante ans (Le Fort) que l'on voit survenir les accidents d'occlusion. Bien souvent même on ne pourra retrouver dans les antécédents du malade le souvenir de la crise d'appendicite, que celle-ci ait été oubliée ou n'ait eu qu'une manifestation clinique légère.

L'appendicite chronique elle-même peut même être interprétée d'une façon erronnée et ses symptômes être sans relation avec l'appendice. On comprend combien cette absence de commémoratifs appendiculaires dans ces divers cas peut dérouter dans la recherche de la lésion causale de l'occlusion.

Tardive, l'occlusion peut évoluer également suivant le mode aigu ou chronique ; d'après les observations, la première éventualité serait la plus fréquente.

Quelque soit son mode de début l'évolution de l'occlusion peut schématiquement être ramenée à deux grands types cliniques bien connus : l'occlusion aiguë, l'occlusion chronique. Mais, remarque importante, la cause appendiculaire de ces occlusions ne leur imprime aucun caractère spécial, aussi serons-nous aussi bref que possible sur leur description.

1° Occlusion aiguë

Une fois l'iléus produit, on constate des signes fonctionnels, locaux et généraux que nous allons énumérer.

A. — *Signes fonctionnels.* — C'est d'abord la *douleur*, souvent localisée au début à un endroit précis de l'abdomen, là où se fait l'étranglement. Mais elle se généralise rapidement tout en conservant son maximum d'acuité au point initial ; quelquefois, cependant, elle est d'emblée étendue à tout l'abdomen surtout quand l'iléus est multiple, le fait d'adhérences généralisées. Cette douleur est très aiguë, pongitive, souvent atroce malgré même les calmants donnés. Ordinairement, au lieu d'avoir une acuité continue, elle présente des paroxysmes (coliques du misere).

Elle ne disparaît entièrement qu'avec la cessation de l'iléus, ou avec la gangrène et la perforation : en ce cas les autres symptômes fâcheux persistent. Cependant elle

peut atteindre un summum d'intensité et diminuer progressivement.

Son siège, assez variable, est rapporté au point de Mac Burney dans la plupart des cas. Car c'est là ordinairement que se trouve la cause de l'étranglement. Mais, comme nous l'avons vu dans nos observations, il peut être reporté ailleurs, par exemple à l'ombilic, quand la bride, l'épiploon ou l'appendice même, produisent l'occlusion en dehors de la fosse iliaque droite.

Les *vomissements*, précédés ou non de nausées, s'établissent bientôt, rarement après un jour, un jour et demi ; d'abord alimentaires puis bilieux, ils deviennent bientôt fécaloïdes et parfois porracés. Ils se répètent à chaque instant épuisant par des efforts continuels le malade qui n'en est débarrassé qu'avec la cessation de l'iléus ou bien avec la gangrène ou la perforation de l'anse étranglée.

Le *hoquet*, symptôme si pénible, s'ajoute aux autres parfois.

C'est *l'arrêt complet des matières et des gaz* qui est le principal signe.

Il est *total*, en effet, dans l'occlusion véritablement aiguë, l'évacuation très précoce et souvent minime du bout inférieur devant être mise à part.

B. — *Signes généraux*. — Ils suivent de très près l'établissement de l'iléus et ne tardent pas à s'accroître très rapidement.

Le visage s'altère, devient terreux, livide ; le nez s'effile, les yeux se cerclent de bistre et s'excavent ; les traits tirés changent complètement la physionomie du malade. La voix se casse et s'éteint, la langue se charge et enfin tout le

corps se recouvre de sueurs froides et visqueuses tandis que les extrémités se cyanosent.

La malade exprime l'angoisse et se tord dans son lit, ou se tient plié en deux.

S'il n'y a pas, en même temps, de crise aiguë d'appendicite, il n'y a pas de température. Au contraire, dans plusieurs observations nous voyons même *l'hypothermie*.

Le pouls est petit, fréquent, dépressible. A la fin il devient incomptable et imperceptible.

La dyspnée s'établit, les urines deviennent rares ou se suppriment et, pour peu que l'occlusion se prolonge, l'intoxication due à la résorption du contenu intestinal, et l'intensité des phénomènes douloureux amènent des troubles cérébraux plus ou moins intenses.

c) *Signes locaux*. — Si l'on arrive dans les premières heures de l'iléus, on s'aperçoit que l'abdomen du malade est rétracté tantôt uniformément, tantôt plus du côté où doit siéger l'agent de l'étranglement. C'est quelquefois la seule nappe musculaire sus-jacente au lieu de l'occlusion qui réclame à sa façon en se contracturant, au point d'en imposer parfois pour une tumeur.

Quand les muscles fatigués se relâchent ou quand, primitivement, la paroi est flasque, on voit se dessiner le péristaltisme violent des anses intestinales luttant contre l'obstacle à intervalles plus ou moins éloignés.

Mais on peut constater presque dès le début, surtout quand il y a péritonite appendiculaire préexistant à l'occlusion, un météorisme abdominal parfois considérable. Il peut survenir secondairement aussi, traduisant alors la

distension intestinale par les gaz ou les complications inflammatoires.

La palpation ne fournit que rarement des renseignements utiles, impuissante à trouver une tumeur ou un empatement localisé indiquant le siège de l'iléus, dans un ventre à parois souvent rétractées ou distendues.

La percussion donne du tympanisme et quelquefois le son hydroaérique. Un signe que Duchaussoy et Beckel avaient déjà noté et auquel Gangolphe a voulu attribuer une valeur indicatrice à peu près constante serait excellent s'il existait toujours, mais est néanmoins à rechercher : c'est la présence d'une nappe d'épanchement dans les zones déclives de l'abdomen, qui résulte de la transsudation par gêne circulatoire des parois intestinales étranglées, de liquide séreux ou séro-hématique.

2^e Occlusion chronique

Elle s'installe rarement au cours d'une appendicite en évolution et accompagne plus souvent l'appendicite chronique, surtout quand celle-ci se complique des péritonites adhésives péri-cæcales dont nous avons reproduit trois observations.

Si nous nous reportons à ces observations nous voyons que l'évolution clinique débute par des troubles généraux d'abord mal caractérisés, à prédominance cependant digestive dès le début : la perte de l'appétit, la difficulté des digestions, la lenteur de la circulation des matières troublent rapidement l'organisme ; le malade maigrit et s'affai-

blit ; ces deux symptômes sont même si prononcés parfois que l'idée de cancer ou de tuberculose viennent naturellement à l'esprit.

D'autant qu'il est habituel de voir et de trouver dans la fosse iliaque droite une tuméfaction plus ou moins douloureuse qui invite à accepter ces diagnostics.

La tumeur iliaque est ordinairement douloureuse au palper, élastique plutôt que dure, mobile, sonore ; autour d'elle les anses intestinales peuvent être distendues et apparaître avec leurs mouvements vermiculaires sous la paroi amaigrie.

Il est habituel de voir, après cette période de troubles digestifs, de phénomènes douloureux et d'affaiblissement de l'organisme avec amaigrissement très notable, survenir de véritables ébauches d'occlusion : longue période de constipation et de diarrhée, qui indiquent nettement l'obstacle apporté au fonctionnement de l'intestin. Si une véritable attaque d'occlusion aiguë n'emporte pas le malade la *cachexie* s'installe et prépare la terminaison fatale.

CHAPITRE III

Diagnostic

I. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1° Occlusions aiguës

Sans s'attarder à discuter tous les diagnostics possibles des diverses variétés d'occlusions intestinales, nous retiendrons, pour les occlusions aiguës, d'abord le diagnostic avec les *pseudo-occlusions par péritonite*, qui est si difficile et pour lequel jusqu'à présent on n'a pas trouvé de signes pathognomoniques. La douleur serait plus localisée dans l'occlusion que dans la péritonite surtout si celle-ci s'étend à tout le ventre. Les vomissements seraient plutôt bilieux dans cette dernière affection et ne deviendraient fécaloïdes que très tard, tandis qu'ils sont précoces dans la première. De même le hoquet, assez fréquent et précoce dans la péritonite, n'existe dans l'ileus que secondairement, quand la séreuse péritonéale est atteinte d'inflammation. Mais surtout l'arrêt des gaz et des matières, si complet dans l'occlusion mécanique, n'est pas toujours absolu dans la pseudo-

occlusion de la péritonite, où quelques gaz peuvent être émis et quelques légères évacuations alvines être obtenues par des purgatifs répétés.

S'il y a eu des frissons au début, s'accompagnant bientôt de fièvre, on doit pencher vers la péritonite. Comme nous l'avons vu dans l'occlusion vraie l'hyperthermie doit être rattachée à des phénomènes inflammatoires préexistants ou secondaires, ou étrangers à cette affection concomittante.

C'est plutôt l'hypothémie qui l'accompagne et on note des températures de 36 ou 35°5 même. Cette hypothermie existe toutefois dans les péritonites par perforation, mais celle-ci est souvent causée par l'iléus, et est accompagnée en tout cas de ses autres symptômes bien connus.

Nous avons vu que le ventre se rétracte souvent dans l'occlusion, au début; il se ballonnerait plutôt immédiatement dans la péritonite. Un météorisme limité, tel que ceux qui forment les signes de Laugier ou de Bouveret, serait en faveur de l'étranglement.

M. Jeanne insiste sur l'exploration de la sensibilité péritonéale dans les culs-de-sac ds Douglas chez la femme et le cul-de-sac vésico-rectal chez l'homme : cette sensibilité serait un excellent signe de péritonite.

Pour établir le diagnostic différentiel de l'occlusion aiguë d'origine appendiculaire et de *l'appendicite* elle-même on peut faire les mêmes distinctions de plus ou de moins dans les quatre grands symptômes de l'iléus attribuables aussi à l'appendicite : l'arrêt des matières et des gaz, les vomissements, les douleurs vives abdominales, le météorisme ou, au début, la rétraction. Mais si la réaction péritonéale n'est

pas intense, si on a affaire à une appendicite aiguë avec péritonite très localisée, la triade de Dieulafoy peut aider au diagnostic : la douleur bien localisée au point de Mac Burney, la défense musculaire dans cette région et surtout l'hyperesthésie cutanée feront plutôt rapporter à une crise appendiculaire un arrêt des matières seulement momentané et un arrêt des gaz quelquefois incomplet ; un purgatif donné peut lever les doutes en produisant une évacuation alvine, qui d'ailleurs pourra se faire spontanément et précocement. Comme dans la péritonite généralisée, des frissons répétés et intenses, une hyperthermie qui est la règle, constante et élevée atteignant 39 degrés et plus, enfin la perception d'une tumeur d'un empâtement non sonore feront croire à une appendicite qui jetant bientôt le masque pseudo-occlusif, évoluera normalement, sans laisser de doutes.

D'après les travaux récents de M. Hayem l'examen du sang peut nous venir en aide pour distinguer de l'occlusion mécanique les pseudo-occlusions relevant uniquement de la péritonite d'origine appendiculaire, ou de l'appendicite. Selon lui, les phlegmasies retentissent sur l'état du sang et en particulier sur la coagulation et l'état globulaire qualitatif et quantitatif. Ces réactions sont constantes d'après lui, et il a pu constituer un certain nombre de types nettement caractérisés correspondant à certaines affections bien déterminées.

C'est ainsi que dans l'appendicite on a une légère *hyperleucocytose* au début de l'infection qui, s'il y a suppuration, persiste et augmente, tandis que dans la périto-

nite généralisée elle s'abaisse et peut complètement disparaître.

On observe également dans l'appendicite et la péritonite un léger retard dans la coagulation, un réticulum fibrineux plus dense.

Nous ne ferons pas de diagnostic différentiel pour la *diverticulite*. L'inflammation du diverticule de Meckel peut présenter tous les symptômes de l'appendicite, même la douleur localisée au point de Mac Burney; elle peut coexister et se confondre avec elle comme dans le cas de Salva Mercadé (*Archives de Gynécologie*, 1907), si bien que presque toujours elle sera étiquetée appendicite. Le diagnostic de la diverticulite ne pourra être éclairé que par l'existence dans les premières années de la vie d'une fistule ombilicale traduisant la perméabilité persistante du diverticule. Malheureusement ce renseignement est très rare.

Cette notion sera le seul point croyons-nous, qui permettra de diagnostiquer l'*occlusion vraie par le diverticule de Meckel*. Ce rôle du diverticule est généralement méconnu des praticiens : les livres classiques le décrivent peu. Il convient pourtant d'y songer puisque sur 1.839 cas d'occlusions intestinales rassemblées par Durham, on en trouve 75 causés par le diverticule, soit 1 cas sur 25. Quatre fois seulement le diagnostic pré-opératoire de l'occlusion mécanique par ce diverticule aurait été fait : dans un cas de Bell, un de Teinhaus, un autre de Moore et un dernier de Keefe. C'est en dire la difficulté et même la quasi-impossibilité, surtout maintenant où ces questions sont encore à l'étude.

Quant aux pseudo-occlusions d'origine nerveuse par

spasme réflexe, si tant est qu'elles existent, elles se diagnostiqueront comme la péritonite ou l'appendicite dont elles revêtent la forme clinique.

Enfin quelquefois, après la résection de l'appendice, on remarque dans les jours suivants une constipation opiniâtre qui pourrait en imposer pour une véritable occlusion. Si les autres symptômes ne faisaient pas plus ou moins défaut et si une débâcle abondante de matières ne venait lever les doutes, après avoir résisté cependant deux ou trois jours aux purgatifs et aux lavements répétés.

2^o Occlusions chroniques

Dans plusieurs de nos observations, nous avons vu le clinicien en présence des symptômes d'une occlusion chronique appendiculaire hésiter et même faire la laparotomie pensant à une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse du cæcum. Quand l'anamnèse ne donne pas de passé appendiculaire net, quand l'appendicite chronique en même temps que l'occlusion chronique ont amené un véritable état cachectique du malade, qu'on trouve de plus une tumeur dans la région iliaque, on est fort embarrassé : le jeune âge fait pencher vers la *tuberculose*, l'âge avancé pour le *cancer*, surtout si les antécédents sont favorables à l'une ou l'autre affection.

Cependant, si nous invoquons la loi de Louis pour le premier diagnostic, des poumons sains pourront le faire écarter, de même des antécédents héréditaires ou personnels indemnes de toute tare tuberculeuse. Evidemment,

seul, un passé appendiculaire pourrait faire affirmer presque à coup sûr un diagnostic hésitant.

Quant aux rétrécissements dus à la typhoïde, à la dysenterie et même à la syphilis, les commémoratifs suffisent pour faire diagnostiquer la cause de l'obstruction chronique. Pour les rétrécissements cancéreux ou tuberculeux nous pouvons nous trouver en butte aux mêmes difficultés de tout à l'heure qui laisseront planer le doute dans l'esprit jusqu'à l'ouverture du ventre, comme nous l'avons vu dans plusieurs de nos observations.

Enfin l'existence d'une lithiasé biliaire, de coliques hépatiques, le récit d'un corps étranger assez volumineux dégluti expliqueront l'arrêt momentané et partiel des matières et l'obstruction par les fèces ne sera pas prise pour une occlusion chronique chez un appendiculaire si c'est un vieillard, constipé habituellement même avant son appendicite ou si c'est une femme nerveuse. D'ailleurs la constatation d'une tumeur pâteuse ou de masses arrondies dures et mobiles dans la fosse iliaque gauche suffira pour faire le diagnostic.

Une dernière affection peut amener des doutes sur la nature et l'existence d'une occlusion chronique, surtout quand le malade est un ancien appendiculaire, c'est la péritonite tuberculeuse plastique. Le tableau clinique peut être le même, les lésions étant d'ailleurs souvent analogues. C'est encore à la recherche de la tuberculose d'après les anamnestiques, l'examen général du malade qu'on fera ce diagnostic différentiel. Au cas où aucune tare bacillaire ne se décelerait ailleurs, sans avoir recours à l'épreuve dangereuse de la tuberculine, ou pourrait assurer un diagnostic hésitant par l'ophtalmo-réaction de Calmette.

II. — DIAGNOSTIC DU SIÈGE

L'analyse des symptômes ne donne souvent que des présomptions sur l'endroit où siège l'occlusion, et ce n'est qu'à la laparotomie qu'on le constate.

Pour nous aider à diagnostiquer l'obstacle sur le grêle, nous nous rappellerons que des lésions affectent une marche aiguë généralement ; de plus le signe de Laugier, s'il existe, montrera que l'étranglement a lieu sur la terminaison de l'iléon, si le météorisme occupe tout le centre de l'abdomen ou, au contraire, sur la portion initiale du grêle, s'il y a un ballonnement localisé dans la région sus-ombilicale.

L'évolution plus lente dans les lésions, et le signe de Bouveret, quoique souvent masqué par le tympanisme général, feront penser à un iléus du gros intestin.

De plus, quand l'étranglement réside sur l'intestin grêle, les vomissements sont plus précoces et, suivant Meyer, rosés, et contenant de l'urobiline ; ils sont aussi plus vite fécaloïdes.

III. — DIAGNOSTIC DE LA CAUSE

L'occlusion existe, elle est bien d'origine appendiculaire car, on a écarté la tuberculose, le cancer, la syphilis, la dysenterie, la fièvre typhoïde ; on n'est pas en présence d'une obstruction par corps étranger ni par des matières fécales. C'est une occlusion *immédiate* : on pensera à un

étranglement par des adhérences, des brides épiploïques ou par l'appendice enflammé, en tout cas par *coudure* de l'intestin. Cette occlusion est *précoce*, ou bien on aura une occlusion par coudure due aux mêmes agents déjà cités, ou un arrêt des matières et des gaz par *compression* due à un *abcès* ; en ce cas la constatation par l'abdomen ou le toucher rectal ou vaginal d'une tumeur fluctuante peut donner les plus fortes présomptions en faveur de cette pathogénie, l'évacuation du pus, spontanée ou opératoire s'accompagnant de cessation immédiate des phénomènes occlusifs, confirmera ce diagnostic étiologique.

Enfin, l'occlusion est *tardive* : tous les modes d'étranglement cités peuvent se présenter soit seuls, soit combinés. La coudure de l'intestin par des adhérences, existera surtout dans les cas où la réaction péritonéale a été considérable. Quand, au contraire, elle a été plus intense, l'appendice adhérent ou une bride, reliquat isolé de l'inflammation, seront plutôt mis en cause. Dans le cas où l'appendice aura été réséqué et la région iliaque libérée de ses adhérences, on penchera plutôt vers la coudure par bride épiploïque ; si surtout, après l'opération, on a constaté des phénomènes aigus ou chroniques attribuables à l'épiploïte. Mais, le plus souvent, le diagnostic étiologique de l'étranglement ne sera pas fait ; il importe peu d'ailleurs tant que le ventre n'est pas ouvert. A ce moment, où il sera nécessaire, la vue et le toucher attentif du chirurgien avisé, sauront trouver l'obstacle et le lever.

CHAPITRE IV

Traitement

Peut-il être question du traitement médical dans les occlusions vraies appendiculaires d'origine mécanique que nous avons en vue dans notre thèse.

D'après la pathogénie que nous avons décrite, le seul traitement efficace vraiment sera celui qui lèvera l'obstacle cause de tout le mal. Si les grands lavements d'huile, les lavements électriques, les purgatifs même peuvent parfois faire cesser momentanément une occlusion chronique ils ne seront qu'un palliatif, recommandable au temps où l'ouverture du ventre équivalait à un arrêt de mort, mais inutile désormais puisqu'ils ne lèveront pas l'obstacle sauf dans des cas très rares d'adhérences récentes pouvant disparaître spontanément ; tandis que l'intervention opératoire qui les détruira à coup sûr n'est plus dangereuse *quoad vitam* dans la plupart des cas du moins.

D'ailleurs tous ces moyens sont d'autant plus contre-indiqués, qu'ils peuvent occasionner directement la mort en déterminant la rupture de l'intestin ou en retardant l'intervention d'une façon ridicule.

Le seul traitement médical à mettre en œuvre est celui qui apaisera les souffrances du malheureux en attendant l'intervention, ou l'y préparera. *In loco dolenti*, on fera des applications sédatives chaudes, ou, si l'on veut ménager la peau de la région où l'on incisera, on aura plutôt recours à la glace. A l'intérieur, on administrera, si les vomissements ne sont pas trop fréquents, les divers calmants, surtout les opiacés. Au cas de vomissements incoercibles, on injectera la morphine sous la peau. La diète hydrique supprimera, dans ce cas également, une cause d'irritation pour la muqueuse gastrique intolérante. Pour soutenir le malade, il vaudra mieux avoir recours à quelques infusions toniques qu'aux aliments, mais surtout aux injections sous-cutanées de sérum artificiel. Après un lavement évacuateur préparatoire, on pourra administrer des lavements alimentaires. Enfin l'éther, l'huile camphrée, au besoin la caféine, pourront soutenir un état général et surtout un cœur défaillants.

Un dernier procédé thérapeutique, le lavage d'estomac, aura pour but de diminuer les vomissements, de calmer un peu les nausées, et d'amener une certaine sensation de « mieux être ». De plus, il évacuera le contenu gastrique, qui, dans les efforts de vomissements au début, de la chloroformisation, peut tomber dans le conduit laryngo-bronchique, et entraîner une complication pulmonaire mortelle, ou même l'asphyxie immédiate. On ne devra pas en abuser à cause de la fatigue assez considérable qu'il occasionne chez quelques personnes.

Voilà donc à quoi se résume le traitement médical. Ce n'est qu'un palliatif, même dans l'occlusion chronique ; le

seul et vrai traitement c'est l'intervention chirurgicale et, comme dans toutes les occlusions par étranglement interne, la laparotomie s'impose, dès que s'établit avec grandes probabilités le diagnostic d'occlusion intestinale vraie, d'origine appendiculaire.

Il ne faut pas attendre que les symptômes d'occlusion s'affirment au point de ne plus laisser aucun doute pour opérer. La « Früh operation » n'expose tout au plus qu'à ouvrir le ventre pour une péritonite généralisée ou localisée avec pseudo-occlusion, ce qui est un mode de traitement, ou pour une appendicite, et, dans ce cas, l'incision est utile car on a affaire à la forme grave, perforante ou gangréneuse, qui commande elle aussi l'intervention. Erreur pour erreur, la règle formulée par Obalinski de la laparotomie précoce, dùt-elle rester purement exploratrice, expose à moins de risques que la tendance à différer l'intervention dans ces cas où le péril croît d'heure en heure.

Les seuls délais autorisés, dans lesquels sera mis en œuvre le traitement médical palliatif dont nous avons parlé, seront ceux qui permettront de réunir toutes les conditions les plus favorables pour mener à bien une intervention qui peut être des plus compliquées : choix du chirurgien, choix du lieu et des instruments nombreux et à portée ; ou pour laisser refroidir, dans les cas d'occlusions chroniques, une rechute inflammatoire. Car l'attente peut être des plus préjudiciables et laisser se produire une mort qu'une intervention faite quelques heures, un jour plus tôt, eût empêchée.

La perte de temps, en effet, va permettre à la striction

intestinale de produire la nérose des parois et leur perforation. Une péritonite mortelle s'ensuivra qui condamnera sûrement un homme déjà sous le coup de succomber par asthénie cardiaque ou intoxication.

Elle peut rendre également une opération inutile, même bien faite, car elle a laissé le temps de se produire aux lésions ecchymotiques, qui amèneront, l'intestin n'ayant paru assez malade pour être réséqué, un sphacèle secondaire des parois jadis étranglées entraînant la septicémie péritonéale soit par l'issue des matières, soit par la simple migration microbienne à travers des tuniques intestinales lésées.

Puisque, d'après les données de Naunyn on doit craindre la gangrène et l'infection dès le deuxième jour, il faut opérer sans retard, nous ne nous lasserons pas de le répéter, car le précepte de l'intervention précoce est ici tout aussi impératif qu'en matière d'étranglement herniaire et les quelques observations de guérison ne doivent pas nous faire oublier les constatations de Naunyn, ni les observations trop nombreuses où les lésions hâtives se sont révélées. Dans nos observations personnelles l'une des deux morts est nettement imputable au retard de l'intervention, le malade n'ayant demandé son médecin qu'au huitième jour d'occlusion aiguë.

Si la laparotomie avait été mise de côté depuis 1672, époque où Barbette la conseillait pour la première fois, c'est que le culte de la suppuration, qu'entretenaient avant l'ère listérienne, tous les chirurgiens, rendait impossible toute opération sur le ventre. Mais avec les ressources dont disposent nos opérateurs actuels, le traitement chi-

rurgical est devenu le plus simple en même temps que le seul efficace à employer contre les accidents terribles et si menaçants de l'occlusion.

Voilà donc notre malade endormi placé sur la table opératoire. La question de l'incision va se poser, résolue déjà en partie si un diagnostic causal du siège de l'étranglement a été porté, que des parois quelquefois plus complaisantes sous l'anesthésique peuvent faire varier ou affirmer à ce moment.

L'occlusion est due à la compression par un abcès siégeant dans la fosse iliaque : si nous ouvrons par *l'incision de Roux*, nous évitons la grande cavité péritonéale que des adhérences peuvent protéger contre l'abcès, et nous lui donnons issue par la voie qu'il choisit lui-même, le plus souvent, pour s'évacuer, donc la plus favorable probablement. Du même coup, nous débarrassons l'organisme d'un foyer purulent et détruisons la cause d'étranglement. L'incision permettra un examen local bien suffisant pour pouvoir remédier aux lésions, par exemple de faire la résection de l'appendice enflammé.

L'abcès bombe dans le Douglas, nous avons vu un cas d'occlusion à l'Hôtel-Dieu d'Angers avec abcès perceptible par le rectum, qui fut guéri par l'ouverture rectale. L'origine probable de l'abcès était l'appendice ; nous n'avons pas cité cette observation parce que le malade ayant guéri de son occlusion ne subit pas la laparotomie qui eût pu nous révéler à coup sûr l'origine de l'abcès ; des crises antérieures d'apparence appendiculaires en éclairaient seules le diagnostic étiologique.

La question d'évacuation par le rectum peut donc se

poser, même quand l'abcès fait également saillie du côté du ventre, comme c'était le cas du précédent malade. Mais l'incision de Roux, même dans le cas d'abcès, cède le pas à *l'incision médiane*. Nous avons vu plusieurs observations, où cette incision ne permit pas de lever l'étranglement, soit que, même l'abcès évacué et la région visitée, on se contentât de cette seule incision, et la malade continua à mourir d'étranglement intestinal que l'autopsie seule révéla, soit que, n'ayant rien trouvé, l'opérateur ait eu recours en second lieu à l'incision médiane, qui permit alors de trouver la cause de l'occlusion,

Elle ne donne pas en effet suffisamment de jour alors même que théoriquement elle devrait suffire dans la plupart des cas, puisqu'elle est faite sur le foyer causal primitif. Qu'elle soit donc employée comme évacuatrice au cas d'abcès, et que secondairement alors, ou primitivement dans toutes les circonstances, le chirurgien ouvre délibérément le ventre par une incision sur la ligne médiane. De là, il pourra explorer tout le ventre à son loisir, car rien ne l'empêche d'agrandir son incision pour se donner du jour et, que l'obstacle siège à gauche, à droite, ou vers l'ombilic, il sera dans les meilleures conditions pour le supprimer.

Le ventre ouvert, on recherche l'anse étranglée : tout naturellement l'investigation se porte sur la fosse iliaque droite, tout en se rappelant que l'agent d'étranglement d'origine appendiculaire que le vermium lui-même peuvent se trouver en un point quelconque de la cavité abdominale. Cette recherche, parfois facile, est souvent d'une difficulté extrême au milieu des anses intestinales distendues ; parfois même *l'éviscération* est la seule ressource pour

arriver vite et bien à reconnaître la cause de l'occlusion.

Celle-ci, dûment constatée, il faudra 1° supprimer l'obstacle et 2° assurer le rétablissement de la perméabilité intestinale.

1° *Suppression de l'obstacle.* — Le plus souvent on aura à libérer des adhérences, à sectionner des brides qui causent l'occlusion. Ces manœuvres, parfois faciles, peuvent suffire à rétablir le cours des matières.

De même la résection de l'appendice ou d'une portion de l'épiploon complètent souvent l'acte opératoire où en sont la partie principale..

2° *Rétablissement de la perméabilité intestinale.* — Les procédés relativement simples que nous venons d'exposer peuvent ne pas suffire. Tantôt l'anse intestinale libérée est déchirée jusqu'à la muqueuse ou largement dénudée de son revêtement péritonéal, ou même de sa tunique musculaire, quelquefois même est perforée ; tantôt l'agent constricteur a provoqué de la gangrène ; tantôt les adhérences fusionnant et soudant l'intestin ne peuvent être enlevées. Dans tous ces cas il est nécessaire d'employer des manœuvres complémentaires pour rétablir le cours des matières.

On peut y parvenir de deux façons : soit en contournant l'obstacle, soit en le supprimant avec une portion d'intestin.

a) *Entéro-anastomose.* — Dans notre observation XXV, une entéro-anastomose latéro-latérale fit communiquer la fin de l'iléon avec l'origine du côlon ascendant et permit de contourner ainsi l'obstacle formé par l'accolement de l'angle iléo-cæcal rétréci de plus par l'appendice.

b) *Exclusion intestinale.* — En supprimant la circula-

tion des matières dans un segment plus ou moins étendu de l'intestin, on peut exclure la partie obstruée de l'intestin et la séparer de la continuité du tube digestif. L'exclusion est *bilatérale* quand la portion qui porte l'obstacle est séparée à ses deux bouts de l'intestin et abouchée par l'un d'eux à la peau. Elle est *unilatérale* quand l'extrémité inférieure du segment exclu communique encore avec l'intestin.

c) *Résection intestinale*. — Un procédé plus radical encore consiste en certains cas à enlever l'obstacle en même temps que la portion d'intestin où il siège. Ces *entérectomies* ne sont exécutées qu'au cours des occlusions chroniques et l'on peut trouver dans la littérature médicale un certain nombre de résections iléo-cæcales faites dans ces conditions. Nous en rapportons une inédite où la complexité des lésions : multiplicité des adhérences, épiploïte, étranglement de la fin de l'iléon par l'appendice ont nécessité l'exérèse de tout le segment iléo-cæcal.

Ces interventions : entéro-anastomose, résection cæcale sont d'un usage exceptionnel et réservées à des cas tout à fait spéciaux ; en effet, l'ablation pure et simple de l'obstacle : bride, adhérence ou appendice, est évidemment le procédé le meilleur, le plus rationnel à employer dans les occlusions que nous étudions.

Il nous reste à signaler l'impossibilité de pouvoir lever l'obstacle chez un malade dont l'état général ne peut supporter l'une des graves interventions que nous venons de citer. Dans ces cas une ressource précieuse : l'anus contre-nature permet de sauver la situation et, en amenant les matières au dehors, d'attendre des temps meilleures pour rétablir la circulation des matières.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite aiguë ou chronique peut, d'une façon précoce ou tardive, se compliquer d'occlusion vraie par obstacle mécanique à la circulation des matières.

2° Que l'appendicite soit aiguë ou chronique les causes de l'occlusion vraie sont de l'une des variétés suivantes :

- a) L'appendice lui-même, adhérent ou non ;
- b) Les adhérences péritonéales étendues ou localisées ;
- c) Les brides et adhérences épiploïques ;
- d) Les abcès.

3° Souvent le mécanisme de l'occlusion est complexe, relevant de plusieurs causes : les adhérences et l'appendice par exemple se succèdent et se réunissent pour préparer et achever l'arrêt de la circulation des matières.

4° En dehors de ces occlusions vraies, on a signalé des occlusions d'origine réflexe mal démontrées, et il existe des formes d'appendicite à symptômes occlusifs par paralysie péritonitique de l'intestin ; ces pseudo-occlusions de cette variété grave d'appendicite nous ont semblé devoir être distinguées des vraies occlusions.

5° La gravité des occlusions vraies post-appendiculaires précoces aiguës tient à la difficulté de leur diagnostic qui retarde l'intervention.

6° Les occlusions sont justiciables seulement de la laparotomie aussi précoce que possible. Tous les autres moyens sont à rejeter ; ils seront toujours inefficaces et souvent dangereux.

7° Dans les occlusions tardives, à allure chronique, la laparotomie est également le seul traitement rationnel. Il y a cependant avantage à intervenir dans l'intervalle des crises sur un intestin vide et au repos, et, par conséquent, à essayer les moyens ordinaires d'évacuation intestinale, sans trop s'y attarder.

8° Tavel a attiré l'attention sur une complication de l'appendicite : la péricolite cicatricielle, caractérisée : anatomiquement, par des adhérences péritonéo-épiploïques coudant et immobilisant l'iléon et le cæcum ; cliniquement, par une tumeur cæcale avec troubles digestifs et réflexes importants pouvant provoquer des phénomènes d'occlusion, le plus souvent à allure chronique. Cette péricolite peut être justiciable d'interventions assez complexes : entéro-anastomoses, résection du cæcum, possibles puisque l'on peut intervenir dans l'intervalle des crises.

Vu par le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALAPY (H.). — Appendicite compliquée ; obstruction intestinale Oroosi Hetie. Budapest, 1905, XLIX, p. 870.
- ALBARRAN et CAUSSADE. — Append. avec occlusion intest. aiguë. Presse médicale. Paris, 1898, II, p. 37.
- Etude expérimentale sur les obstructions intestinales aiguës. XIII^e Congrès intern. de Méd. Paris, 1900, p. 583.
- ALBARRAN. — Presse médicale, juillet 1898.
- AVIRAGNET et BERNARD. — Appendicite et obstr. intest. Société méd. des Hôpitaux, 8 déc. 1899, p. 128.
- BARD et AUBERT. — Influence de la fièvre sur le B.-coli. Gaz. hebd, 31 janv. 1891.
- BARTH. — Volvulus iléo-cæcal avec étranglement interne provoqué par une appendicite. Semaine méd. Paris, 1902, XXII, p. 265.
- BÉRA. — Complications post-opératoires immédiates et éloignées de l'appendicite. Thèse de Paris, 1899-1900.
- BÉRARD. — De l'occlus. intest. aiguë comme complic. très tardive de l'appendicite. Bulletin médical. Paris, 1902, p. 286.
- BERGASSE. — Invagination intestinale simulant une appendicite.

Bulletin de la Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche. Valence, 1905, VI, p. 116.

BERGER. — Appendicite perforante ; péritonite purulente généralisée ; symptômes d'étranglement interne. Soc. de Chir., 14 oct. 1890.

BELL. — Montreal medical journal, 1898, p. 387.

CARAYON. — Des occl. intest. d'origine append. Thèse de Lyon, 1904, p. 79-80.

CESTAN. — Appendicite et occlus. intest. Gaz. des Hôp. Paris, 1901, l. XXIX, p. 85-87.

CHOIGNON. — Des adhérences du vermiculaire avec les organes avoisinants dans les opérat. intra-abdom. Thèse de Lyon, 1893-1894.

COITIER. — L'avenir des appendiculaires. Thèse de Paris, 1898-1899.

COLLET. — Pathologie interne.

CORIVEAUD. — De l'étranglement intestinal par l'appendice iléo-cæcal. Thèse de Montpellier, 1873.

COUDRAY. — Appendicite et obstruction. Progrès méd. Paris, 1902, XIX, 209.

COZE. — Gazette des Hôpitaux, 1852, p. 435.

DELBET (P.). — XVIII^e Congrès de Chir. de Paris, 1903, 23 oct.

DELOSE. — Occl. intest. d'origine appendic. Lyon méd., 1902, XCIX, p. 187-189.

DIEULAFOY. — Traité de Path. interne.

— Clin. sur le diagn. des tumeurs de la fosse iliaque droite. Sem. méd., 1900, p. 529.

DOUBLE. — Complications de l'appendicite. Bull. méd., 1901, p. 793.

- DUCHAUSSEY. — Mémoires de l'Académ. de Méd., 1860, t. XXIV, p. 281.
- DUPLAY. — Quelques faits de péritonite simulant l'étranglement interne. Arch. méd., 1896, t. XXVIII, p. 516.
- BLANC. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par bride. Thèse de Paris, 1899-1900.
- BLANC (Ed.). — Sur un cas de péritonite septique généralisée par gangrène de l'appendice iléo-cæcal, accidents aigus d'occlusion. Laparotomie. Lyon médical, 1886, t. III, p. 437.
- BONJOUR. — Des adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite. Thèse de Paris, 1901-1902.
- BOUGLÉ. — Appendicite chronique et occlusion intest. aiguë. Gazette des Hôp. Paris, 1900, LXXIII, p. 857.
- BRENNER. — Laparotomie dans les péritiphylites et résection de l'appendice vermiculaire. Wien. Med. Wochenschrift, 1888.
- BRIN. — Du rôle de l'épiploon et des complications épiploïques au cours ou à la suite de l'appendicite. Archives médicales d'Angers, 5 février 1907.
- BROCA. — Appendicite. Occlusion par bride. Leçons cliniques. Paris.
- Occlus. intest. consécutive à l'append. Gazette hebdom. de Méd. et Chir., 1901, p. 694.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de Méd. et de Thérap.
- Bulletin de la Société anatom. de Paris, 1859.
- Bulletin et Mémoires de la Soc. de Chir. de Paris, 22 mars 1904, 19 avril 1904, 10 mai 1904.
- CAHIER. — Les occlus. aiguës de l'intestin. Bibl. Charcot-Debove, 1896.

- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.
- DUVAL. — Occlus. intest. due à l'enroulement autour d'une anse grêle de l'appendice inflammé et perforé; double laparotomie. Guérison. Arch. de Méd. et Pharm. milit. Paris, 1905, XXV, 354-358.
- DUCHAMP. — Occl. intest. d'orig. append. Loire méd. Saint-Etienne, 1899, XCIX, p. 187-189.
- ESNAULT. — L'appendicite particul. à siège pelvien. Thèse de Paris, 1897-1898.
- FAYON. — Obst. intest. et appendicite due aux ascarides lombricoïdes. Gaz. des Hôp., 1901, p. 694.
- FAUCON. — Append. simulant une obst. intest. Journ. des Sc. médic. de Lille, 1903, II, p. 572.
- FORGUE. — Path. externe.
- FOLLIOU. — Occlus. intest. vraies de cause append. Thèse de Bordeaux, 1904, n° 15.
- GIRAUD. — Appendicite à canal ouvert. Thèse de Lyon, 1899-1900.
- GERAUD. — Append. avec étranglement du cæcum. Bull. Soc. Chirur. Lyon, 1902, p. 69.
- GAUTHIER. — Etranglement interne subaigu simulant appendicite. Arch. de Méd. et Pharm. mil. Paris, 1905, XLV, p. 351.
- GROUW. — Des occlusions intestinales app. Thèse Paris, 1906.
- GUILLET. — Occl. intestinale chronique produite par l'appendice. Bull. et Mén. Soc. Chir. Paris, 1905, p. 359.
- HÆCKEL. — L'ileus dans l'appendicite. Deutsche Zeitsch. f. chir., 1907, LXXXVII, 1 à 3.
- HARTMAN. — Congrès de Chirurgie, 1903.

JEANNE (de Rouen). — Bull. méd., 1900, p. 133.

JEANNE et TUFFIER. — Rev. de Gyn., 1899.

JEAUNÉL. — Obst. int. par coudure à répétition. Sa complication avec l'appendicite. Arch. méd. de Toulouse, 1902, p. 289.

KAREWSKI. — Sur la péritonite adhésive diffuse, suite d'appendicite. Sem. méd., 1902, p. 230.

KEEFE. — Boston medical journal, 1905, 187.

KOLLIS. — Lancet, 1906, n° 4304, p. 516.

LAPEYRE. — Les occl. int. vraies de cause app. Gaz. méd. du Centre, 1905, p. 338.

— Congrès de Chirurgie, 23 octobre 1903, p. 730.

LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.

LÉPINE. — Lyon médical, 1897. p. 228.

LEVREY. — Thèse de Paris, 1899-1900.

LÈQUES. — Occl. intestinale à débuts anormaux consécutive à un app. ancienne. Arch. de Méd. et Phar. militaires. Paris, 1905, p. 443.

MARION. — App. et occl. intest. Gaz. des Hôp. Paris, 1900, p. 1439.

MONOD. — Soc. de Chir., 20 juin 1900.

MATURIÉ. — Contribution à l'étude de l'occl. intestinale et de son traitement. Thèse de Paris, 1898-1899.

MAURIN. — Essai sur l'app. et la péritonite app. Thèse de Paris, 1899-1900.

MELLIER. — Journal gén. de Méd., t. C, 321.

MONDAIN. — Des pseudo-étrangl. de l'int. Thèse de Paris, 1902-1903.

MOORE. — Journal med. Association. Chicago, 1902, p. 810.

MORDRET. — Etrangl. par brides d'orig. app. Ach. méd. d'Angers, 1902, p. 307.

NÉLATON. — Crise d'occl. int. suivie de l'app. d'un abcès péri-néal avec sphacèle de l'app. Soc. de Chirurgie, juill. 1895.

PARISE. — Bull. de l'Acad. de Méd., t. XVI, 1851.

PEYROT. — Th. d'agrégation. Paris, 1880.

PHOCAS. — App. et périt. app. Thèse de Paris, 1897-1898.

PITRES. — Mém. et Bull. de la Soc. méd. et chir. des Hôpitaux et Hosp. de Bordeaux, 1869.

PERRIER. — App. et obst. intest. Bull. Soc. méd. et chir. de la Drôme. Valence et Paris, 1905, p. 235.

PONCET (de Lyon). — Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire. Prov. méd., 21 mai 1907.

POTHERAT. — Etrangl. int. par app. ancienne. Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1904, XXX, p. 460.

POIRIER. — Traité d'Anatomie.

QUÉNU. — Bull. de la Soc. de Chir., 1900-1901-1902.

ROGER. — L'occlus. int. ; causes et mécanisme des accidents. Presse médicale, 29 juin 1907.

ROUTIER. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1894, p. 861 ; 1900, p. 730.

— Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1894 p. 861 ; 1900 p. 730.

ROUX (de Lausanne). — Cong. franc. de Chir., 1893.

SACQUÉPÉE. — Volvulus de la terminaison de l'intestin grêle par péritonite chronique d'origine append. Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris, 1899, LXXIV, p. 182.

SALVA MERCADÉ. — Archives de Gynécologie, 1907.

- SAUZÈDE. — Etrang. int. consécutif à une perf. de l'append. iléo-cæcal. Thèse de Paris, 1871.
- SOUBEYRAND. — Append. et occl. intest. Montpellier médical, 1902, p. 307.
- SOULIGOUX. — Bull. Soc. anat., 1900.
- SIEUR. — Volvulus de la term. de l'int. grêle par péritonite chron. d'origine append. Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris, 1899, p. 328.
- TAVEL. — Cong. de Chirurg., 1903.
- TEINHANS. — New-York Journal, 1902, p. 179.
- TESTUT. — Traité d'Anatomie.
- TILLAUX. — Anatomie topographique.
— Cliniques.
- VIGNAUD. — L'appendicite dans ses rapp. avec l'occlusion int. aiguë. Thèse de Paris, 1899-1900.
- VÈNOT. — Occlus. int. au cours d'une appendicite. Province médicale, p. 21, 11 janv. 1908.
- VORONOFF. — Thèse de Montpellier, 1899-1900.
- WALTHER. — Append. et étrang. intest. Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris, 1900, XXVI, p. 731.
- VILLARD. — Etrang. int. dû à l'appendicite. Mém. Soc. méd. de Lyon, 1899, p. 41.

